

Travail de la Clinique Baudelocque

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° 144

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Salomon DAVIDOVICI

Né le 15 juillet 1907, à Galatz (Roumanie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque

OBÉSITÉ ET GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1933

Travail de la Clinique Baudelocque

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Salomon DAVIDOVICI

Né le 15 juillet 1907, à Galatz (Roumanie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque

OBÉSITÉ ET GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

DOYEN.. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNéo.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N.	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUENIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrège....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Modeste témoignage de notre reconnaissance et sincère affection.

A MA SŒUR RENÉE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a reçu d'une façon bienveillante dans son service et nous a permis de suivre son haut enseignement.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage et Externat

- M. le Docteur WIDAL, professeur de Clinique médicale (*in memoriam*).
- M. le Docteur LEJARS, professeur de Clinique chirurgicale (*in memoriam*).
- M. le Docteur CADENAT, professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.
- M. le Docteur LESNÉ, médecin des Hôpitaux.
- M. le Docteur FOURNIER, médecin des Hôpitaux (*in memoriam*).
- M. le Docteur BASSET, professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux.
- M. le Professeur COUVELAIRE, professeur de Clinique obstétricale.
- M. le Docteur DUFOUR, médecin des Hôpitaux.
- M. le Professeur LEGUEU, professeur de Clinique urologique.

A MES AUTRES MAÎTRES

M. le Docteur PORTES, professeur agrégé, Accoucheur
des Hôpitaux.

M. le Docteur LACOMME, accoucheur des Hôpitaux

M. le Docteur DESNOYERS, professeur adjoint à la
Maternité.

M. le Docteur DIGONNET, accoucheur des Hôpitaux.

M. le Docteur SUREAU, chef de Clinique à la Faculté.

OBÉSITÉ ET GESTATION

Introduction

La gestation chez la femme obèse n'est pas une éventualité très fréquente dans la pratique obstétricale, aussi, les travaux publiés sur cette question sont en très petit nombre.

Et pourtant cette association n'est pas une rareté non plus; le nombre et l'importance des dystocies rencontrées ont certainement frappé tous ceux qui ont eu l'occasion d'observer quelques accouchements de femmes obèses.

Pour le présent travail, qui a été fait d'après les observations recueillies à la clinique Baudelocque, suivant le conseil de notre maître, M. le professeur Couvelaire, nous avons suivi le plan suivant :

- Fréquence de la gestation chez les obèses;
- Fonctions menstruelles des obèses;
- La gestation;
- Diagnostic obstétrical;
- L'accouchement proprement dit;
- Délivrance;
- Interventions pratiquées au cours de l'accouchement;

- Morbidité et mortalité maternelle;
 - Morbidité et mortalité fœtale;
 - Pathogénie de la dystocie;
 - Pronostic;
 - Conduite à tenir;
 - Conclusions;
 - Bibliographie.
-

Fréquence de la gestation chez les obèses

Pour établir la fréquence de ces gestations, nous avons pris en série tous les accouchements faits à la Clinique Baudelocque, dans les dix dernières années, entre 1923 et 1932 compris, et nous avons recherché les cas d'obésité.

Sur 26.100 observations nous avons trouvé 62 cas d'obésité, c'est-à-dire 1 femme obèse sur 420 de poids normal; ce n'est donc pas très fréquent.

Il est parfois difficile de déterminer le point d'où on peut considérer une femme comme étant obèse; non pas quand il s'agit d'une femme d'un poids voisin de 100 kilos ou même de 90 kilos pour une taille normale; pour ces cas il n'y a pas d'hésitation.

Mais il y a des cas, et ceci s'observe surtout chez les femmes, où l'obésité se manifeste par une augmentation de l'épaisseur de la paroi abdominale et des seins en gardant, pour le reste du corps, un volume à peu près normal. Ces femmes, si au point de vue du rapport pur et simple entre le poids total du corps et leur taille, ne peuvent pas être considérées comme des obèses, toutefois au point de vue obsté-

trical elles peuvent entrer dans cette catégorie, car elles donneront à l'accoucheur les mêmes difficultés de diagnostic obstétrical et les mêmes dystocies que l'obésité généralisée.

Sur nos 62 observations, 24 ont un poids supérieur à 100 kilos et 8 un poids entre 90 et 100 kilos, toutes étant de taille moyenne. Les autres femmes n'étaient pas pesées, nous nous sommes basé sur l'appréciation du médecin qui a assisté à l'accouchement et qui avait noté qu'il s'agissait d'une femme obèse.

Quelle est la fréquence de la gestation chez les femmes obèses? Le fait a été observé depuis longtemps, et signalé dans tous les livres de médecine, que les femmes obèses sont souvent stériles. Ce fait n'est pourtant pas constant; par exemple, dans l'Est de l'Algérie, on engraisse les femmes, et ceci ne les empêche pas d'avoir des enfants. Il y a donc des obésités d'origines différentes, et leur possibilité de fécondité n'est pas la même.

Hill et Smith, de Londres, divisent les obèses d'après le moment de l'apparition de l'embonpoint. Il décrit trois groupes :

PREMIER GROUPE. — Les obésités constitutionnelles, c'est-à-dire celles qui apparaissent au moment de la puberté ou qui existent dès la naissance;

DEUXIÈME GROUPE. — Celles qui apparaissent plus tard : au moment du mariage, ou de causes diverses (typhoïde, etc.);

TROISIÈME GROUPE. — Les obésités qui suivent une gestation.

Au point de vue de la fertilité, le premier groupe se comporte bien, puisque ces femmes ont des enfants dans 75 % des cas.

Le deuxième groupe est stérile souvent, puisque les femmes ne deviennent enceintes que dans 30 % des cas environ.

Enfin, les obèses du troisième groupe, sont exceptionnellement stériles, elles ont presque toujours la possibilité d'avoir d'autres gestations.

Sur nos 62 cas, 10 rentrent dans la première catégorie, 7 sont devenues obèses à la suite d'une fièvre typhoïde, enfin 8 depuis une gestation antérieure.

Quant aux autres, la plupart ont engraisé progressivement à la suite d'excès alimentaires, liés souvent à une gestation antérieure; on peut donc rattacher leur obésité à cette gestation.

Pourtant, dans quelques cas, nous avons pu relever certains troubles endocriniens, qui auraient pu intervenir pour l'apparition de l'obésité.

Dans 2 cas (obs. n° 30 et 40) il s'agissait de femmes présentant un gros corps thyroïde, sans symptômes subjectifs.

Dans un cas (obs. n° 26), la malade avait été considérée comme ayant un syndrome adiposo-génital, et traitée, d'ailleurs sans aucun succès, par la radiothérapie de la selle turcique.

Quant à l'origine génitale de l'obésité, les diverses

théories sont trop obscures; on ne sait pas exactement si les troubles menstruels que présentent les femmes sont une cause ou un effet de l'obésité; et les cas où les femmes obèses sont bien réglées sont nombreux.

En résumé : la stérilité des femmes obèses varie suivant son origine, mais en règle générale, il ne nous semble pas qu'elle soit beaucoup plus fréquente que chez la femme de poids normal.

Mais la proportion de la stérilité varie suivant un autre point de vue : c'est la fonction menstruelle habituelle de ces femmes que nous étudierons au chapitre suivant.

Fonction menstruelle des obèses

Les obèses voient souvent leurs fonctions menstruelles perturbées, et ces perturbations peuvent survenir après l'installation de leur obésité ou exister avant elle. Enfin, parfois, leurs règles ne changent nullement.

Hill et Smith ont remarqué que les obèses bien réglées habituellement sont rarement stériles, à peine dans 20 % des cas.

Les femmes qui ont toujours été mal réglées, même avant leur obésité, sont stériles beaucoup plus souvent, dans 60 % des cas; enfin, celles qui ont commencé à présenter des troubles menstruels — surtout de l'aménorrhée — après l'apparition de l'obésité, sont exceptionnellement fécondées, leur stérilité étant prouvée dans la proportion de 90 % des cas.

Quelle est la cause de ces troubles menstruels? Diverses théories ont été proposées pour l'expliquer.

Déjà Hippocrate disait que les femmes grasses ne pouvaient avoir d'enfants, à cause de la graisse qui s'accumulait autour de l'orifice du col utérin. Depuis, nombreux auteurs ont soutenu l'idée que la présence de graisse dans l'ovaire diminue sa fonction génitale.

Tuszky, de Marienbad, dit que ceci n'est pas

prouvé; mais il soutient, avec preuves histologiques à l'appui, qu'il existe une infiltration graisseuse des trompes, de son pourtour, et même du muscle utérin et de l'endomètre, ce qui expliquerait, en plus de la fréquence de la stérilité, l'aménorrhée ou l'oligoménorrhée. Il croit que l'ovulation se fait normalement chez la femme obèse — la preuve c'est qu'elles sont souvent enceintes — mais c'est l'hémorragie qui tarde à se faire.

Les obèses ont parfois des règles très abondantes, des véritables ménorrhagies. Elles ne se voient que chez les obèses présentant des symptômes de dystrophie endocrinienne, thyro-ovarienne le plus souvent; dans ces cas, l'obésité et les hémorragies ont la même cause, elles sont donc justiciables du même traitement.

Parmi nos obèses, 40 femmes étaient très bien réglées; leurs règles étaient apparues à un âge normal, sauf dans trois cas où elles étaient apparues vers 17 ans; leur abondance était moyenne, leur cycle régulier, enfin elle n'étaient pas douloureuses.

Sur deux femmes on n'a pas de renseignements; enfin, les 20 autres présentaient des troubles menstruels en général peu importants, surtout au point de vue de leur date d'apparition, parfois aussi sur leur pauvreté ou leur caractère dysménorrhéique.

Donc, les femmes bien réglées parmi les obèses qui ont accouché, sont la grande proportion, les $\frac{2}{3}$ des cas; ce qui prouve bien que ce sont elles qui sont le plus souvent fécondées.

Gestation

Avant d'étudier les détails de la gestation, il faut voir les difficultés qu'on peut rencontrer pour mettre le diagnostic de gestation chez la femme obèse.

Si beaucoup d'obèses sont bien réglées et si la suppression de leurs règles, associée à quelques symptômes subjectifs et objectifs, permet de faire facilement le diagnostic de grossesse, il y en a d'autres qui sont mal réglées. Elles ne s'inquiètent pas de ne pas voir leurs règles, pendant 2-3 mois, et le volume de leur ventre ne changeant pas beaucoup, elles arrivent parfois jusqu'au milieu d'une gestation sans s'en apercevoir.

L'erreur inverse s'observe également; des obèses, qui parfois même désirent une gestation, voient subitement une suppression de leur fonction menstruelle et leur abdomen augmenter de volume progressivement. Ces pseudogestations qui peuvent finir même par un faux travail, ont été décrites par Glais dans sa thèse sur les grossesses adipeuses.

C'est un examen minutieux de l'accoucheur qui permettra d'écarter l'erreur du diagnostic. Le palper combiné au toucher, l'auscultation même sont rendus difficiles par l'épaisseur de la paroi abdominale; et

souvent le diagnostic immédiat n'est pas possible.

Actuellement, la clinique est aidée efficacement par la radiographie dans les derniers mois de la gestation, et par les réactions biologiques au début.

Quant à la gestation proprement dite, elle ne semble pas présenter des troubles particuliers à cet état. Nous avons retrouvé les mêmes symptômes subjectifs qui caractérisent toute gestation, les vomissements surtout, mais aucun cas ayant une gravité particulière.

La plupart des auteurs pensent que les femmes obèses mènent rarement une gestation jusqu'à terme. Hill et Smith ne le pensent pas, puisqu'ils donnent un pourcentage d'avortements de 6 %. Pour notre part, il ne nous a pas semblé trouver une grande fréquence des avortements; en effet, sur 62 cas, une seule a fait un avortement au terme de quatre mois et demi, les autres étant toutes aux environs du terme. Et dans leurs antécédents, 10 seulement ont eu antérieurement des gestations interrompues précocement, mais aussi toutes, sauf une qui avait fait trois avortements successifs, ont eu ces avortements précédés ou suivis de gestations à terme.

La cause de ces avortements? Une seule fois il s'agissait d'une femme spécifique et traitée comme telle, toutes les autres avaient un Wassermann négatif, et rien dans leur histoire clinique ou antécédents ne pouvait nous indiquer une cause possible.

A part l'avortement, nous avons cherché des accidents hémorragiques pendant la gestation. Nous n'en

avons rencontré qu'un seul cas (obs. n° 5), où la femme avait fait une hémorragie légère au cours du deuxième mois de sa gestation, ayant duré quelques jours, et s'étant arrêté spontanément. Il s'agit d'une secundipare ayant une tendance nette aux hémorragies ; elle avait déjà fait une hémorragie de la délivrance à son premier accouchement, et une autre après son second, ayant nécessité une révision utérine.

En dehors de ce cas unique, pas d'accidents hémorragiques de la gestation.

Pour les vomissements, nous l'avons déjà dit, rien de particulier, surtout aucun cas de vomissements graves.

Enfin, nous avons étudié les troubles viscéraux des obèses enceintes. Il est un fait connu que les obèses ont souvent une atteinte de leur appareil cardio-rénal ; en présence d'un obèse, il faut toujours compléter l'examen général par l'examen du cœur, l'étude de la tension artérielle, et l'examen des urines. Compléter, si besoin est, par un dosage de l'urée sanguine et détermination de la constante d'Ambard.

Car l'atteinte rénale peut rester longtemps latente ; les signes frustes en apparence seront ainsi dépistés par la clinique et le laboratoire. Mais petit à petit, l'obèse arrivera à un stade plus avancé, avec des manifestations du mal de Bright. De même, l'hypertension des obèses, que Labbé considère comme liée uniquement au développement de la sclérose rénale, n'apparaît que plus tardivement, à la ménopause.

Les troubles rénaux que nous avons relevé chez nos malades, sont les suivants :

L'albuminurie a été trouvée dans 10 cas.

— Dans 7 cas, cette albuminurie a été trouvée seulement au moment du travail, par l'examen systématique des urines de toute femme qui entre à la clinique ; ces albuminuries étaient de moyenne abondance et s'accompagnaient d'une hypertension s'élevant au chiffre de 17 comme maxima. Il y avait de l'œdème malléolaire, et quelques symptômes subjectifs légers, mais n'ayant nécessité un traitement actif par la saignée, que dans un seul cas (obs. n° 10) où la tension artérielle s'élevait à 19 et où la femme présentait quelques signes, dits pré-éclampsiques.

— Les 3 autres cas concernaient des femmes ayant eu des antécédents pathologiques du côté de leurs reins.

La première avait présenté de l'albuminurie et de l'hypertension à un accouchement antérieur, et dans les suites de couches, un syndrome de néphrite hypertensive.

La seconde (obs. n° 7), primipare, était soignée depuis quelques années pour une néphrite.

Enfin, la troisième (obs. n° 35) concernait une primipare également, qui avait présenté dans ses antécédents, une néphrite hématurique.

Donc accidents rénaux assez fréquents chez les

obèses en état de gestation, mais ne présentant aucune gravité momentanée. Aucun cas de crises d'éclampsie à type convulsif n'a été noté; une seule femme ayant présenté quelques signes prééclamptiques qui ont disparu après une saignée de 500 gr.

La tension artérielle prise chez un certain nombre de femmes obèses, ne présentant par ailleurs aucun trouble rénal, a montré toujours un chiffre normal, souvent même au-dessous de la normale, autour de 10 comme maxima avec l'appareil de Vaquez.

Le dosage de l'*urée sanguine* a été pratiqué un petit nombre de fois, et a montré un chiffre très voisin de la normale chez la femme enceinte.

Il est infiniment probable, que des troubles cardiovasculaires plus importants se rencontrent plus tard, dans la troisième période de la vie des obèses, où la sclérose rénale s'accroît et provoque les accidents du mal de Bright ; mais dans nos cas, il s'agissait de femmes en état de gestation, donc encore jeunes.

Du côté du foie, un seul cas — obs. n° 42 — nous a révélé une complication hépatique, un ictère survenu au cours du cinquième mois de la gestation, et ayant guéri en 8 jours par un régime approprié.

Comme *maladies de l'œuf*, nous avons noté dans deux cas seulement — obs. n°s 16 et 27 — un léger excès de liquide, n'ayant aucun caractère d'acuité, et n'ayant occasionné aucun trouble.

En dehors des troubles que nous venons d'énumérer, les femmes obèses n'ont présenté aucune autre complication de la gestation. En général, elles sup-

portent très bien leur grossesse, quelques-unes seulement ont ressenti une fatigue assez grande parfois pour les obliger à quitter leur travail ; peut-être l'augmentation de leur poids du fait de la gestation est pour quelque chose dans cette fatigue générale.

A ce propos, nous allons attirer l'attention sur un point : c'est la variation du poids pendant la gestation.

Il est évident que le poids d'une femme en état de gestation, augmente au fur et à mesure que le terme approche, et surtout dans le troisième trimestre. Mais on a remarqué que cette augmentation ne correspond pas seulement au poids de l'œuf et à l'hypertrophie de l'utérus, mais qu'elle les dépasse. Et même, parfois, la femme garde, après son accouchement, cet excès de poids qui, normalement, devrait disparaître dans les suites de couches, surtout si elle allaite son enfant. Ce gain, s'il est assez important, constituera un début d'obésité, que nous avons nommée obésité de la gestation, et qui pourra augmenter par la suite.

Habituellement, chez une femme de poids normal, l'augmentation de poids varie entre 2 et 4 kilogr., suivant les auteurs, déduction faite du poids de l'œuf ; mais ces chiffres peuvent être, dans certains cas, beaucoup plus grands.

Pour une femme obèse avant le début de la gestation, et surtout pour une multipare, l'augmentation du poids paraît plus considérable que pour les femmes de poids normal, et nous avons vu une obèse

qui avait engraisé de 14 kilogr. depuis le début de sa gestation.

Ce n'est pas l'opinion de Trillat, de Lyon, qui écrit que l'augmentation de poids n'est pas plus grande pour les obèses.

Quels sont les facteurs qui interviennent, pour influencer sur la variation du poids du corps?

D'abord, la possibilité pour la femme de se reposer, est en rapport direct.

De même, l'alimentation; car d'une part l'appétit est, en général, plus développé du fait de la gestation, et d'une autre, la femme se croit obligée de manger plus que de coutume. Cette suralimentation, jointe au repos, favorise le développement de réserves alimentaires sous forme de surcharge graisseuse. Un autre inconvénient de cette suralimentation, c'est l'encombrement de l'organisme par des substances de déchet, qui fatiguent le rein et le foie pour leur élimination.

Diagnostic obstétrical

Nous avons déjà mentionné les difficultés du diagnostic de gestation dans les premiers mois. Plus tard, quand ce diagnostic est évident, l'accoucheur rencontre d'autres difficultés en présence d'une femme obèse ; d'abord l'épaisseur de la paroi abdominale est un gros obstacle pour une palpation soigneuse. Elle empêche de se rendre compte du volume, de l'utérus, de sa hauteur et de sa consistance.

On ne pourra pas sentir les pôles du fœtus, ni la position du dos, pour savoir de quelle présentation il s'agit, et si la gestation est unique ou gémellaire.

L'excès de liquide est difficilement perçu.

De même, l'existence possible de fibromes de la paroi utérine.

La mensuration de la hauteur utérine est faussée par l'existence du pannicule adipeux, ainsi le volume approximatif du fœtus sera mal évalué.

L'auscultation peut être négative, toujours à cause de l'épaisseur de la paroi, mais il ne faut jamais conclure de suite à la mort du fœtus.

Même la radiographie, qui est parfois le dernier moyen pour résoudre un problème de diagnostic, par exemple l'existence d'une gestation gémellaire, peut présenter des difficultés.

Bref, cette surcharge graisseuse abdominale rend l'examen beaucoup plus difficile; il faut être toujours prudent dans les appréciations d'âge de la gestation, surtout si la femme est mal réglée, du nombre des fœtus et de leur vitalité.

Mais voyons comment se présente la paroi abdominale des femmes obèses enceintes.

Normalement, les muscles droits de l'abdomen s'écartent au fur et à mesure que l'utérus grévide devient plus gros. Les muscles ne se distendent que très peu, c'est surtout l'aponévrose qui forme la ligne blanche qui se distend à sa partie supérieure, tandis que sa partie inférieure retient l'utérus, comme une véritable sangle. Malgré la distension subie, les muscles et l'aponévrose doivent obliger la tête fœtale à s'engager, chez les primipares, dès le dernier mois de la gestation, chez les multipares au début du travail. Or, chez les femmes obèses, cette distension étant exagérée, la tonicité normale du muscle est abolie; la tête fœtale, comme nous le montrerons plus loin, n'est presque jamais engagée avant la dilatation complète, même chez les primipares.

En plus, chez les multipares obèses, on trouve souvent des éventrations, qui ont pu même s'étrangler en dehors des gestations (obs. n° 33); il faut s'attendre à la possibilité de l'existence d'une éventration, ou d'une hernie ombilicale, puisque les anneaux et orifices herniaires sont également distendus.

Ceci est important à connaître pour le cas où une intervention abdominale serait nécessaire.

Accouchement proprement dit

Pour avoir une idée des difficultés auxquelles on peut se heurter au moment de l'accouchement d'une femme obèse, nous dirons tout de suite, que sur 62 femmes, 20 seulement ont eu un accouchement et une délivrance parfaitement normaux, les 42 autres ont nécessité une intervention quelconque, au moment de leur accouchement, de leur délivrance, ou après.

De même, la mortalité est très élevée, puisque 7 femmes et 17 enfants sont morts.

Il est évident qu'on ne peut pas se baser sur ces chiffres pour affirmer que les femmes obèses ont un accouchement dystocique dans les deux tiers des cas ; car les conditions d'observation de dystocies sont plus favorables dans une grande clinique, où on envoie, souvent tardivement, des femmes obèses dont l'accouchement s'avère particulièrement difficile. Et beaucoup de femmes obèses, qui ont accouché normalement chez elles, échappent à notre observation.

Mais, les faits sont là, et il ne paraît pas douteux que la dystocie, de quelle nature qu'elle soit, est très fréquente.

Nous allons passer en revue, avec des observations

à l'appui, les diverses dystocias rencontrées, et ensuite en rassemblant les faits, nous essaierons d'esquisser l'allure générale de l'accouchement chez la femme obèse.

Successivement, seront abordés les chapitres de la dystocie d'engagement, de descente et de dégagement.

Le premier point qui frappe en étudiant les observations de ces femmes, c'est que pour la plupart, étant examinées au point de vue obstétrical au début ou pendant le travail, avaient un pôle fœtal qui n'était pas engagé, tout au plus était-il, parfois, fixé au détroit supérieur. Ceci est très fréquent chez les multipares en général, et n'inquiète pas outre mesure l'accoucheur, mais chez les obèses, même primipares, le plus souvent, le pôle fœtal était resté mobile au-dessus du détroit supérieur, et ne s'était engagé que peu de temps avant dilatation complète. Sur 17 primipares obèses, ce défaut d'engagement avant dilatation complète a été noté 11 fois.

Il y a donc des causes qui s'opposent à l'engagement de la tête, et nous les avons recherchées.

Voyons d'abord du côté maternel.

Le bassin osseux a toujours été examiné au point de vue de ses dimensions ; et dans 3 cas on a signalé des diminutions de ses diamètres normaux.

Le premier cas (obs. n° 43), une primipare avait un bassin peu touché, P. S. P. atteint à 10 cm. 5, bas situé, donc favorable ; mais l'enfant se présentait par la face et il n'y avait pas de bonnes contractions uté-

rines. L'association de ces faits a posé l'indication d'une césarienne basse.

Le second cas (obs. n° 47), une secondipare avait un bassin limite, P. S. P. à 10,5; mais elle avait subi une basiotripsie à son premier accouchement; la tête ne s'engageant pas, une césarienne basse fut pratiquée.

Enfin, un troisième cas (obs. n° 53) concernait une primipare âgée, avec un bassin très peu touché, P. S. P. à 10,7; l'engagement s'est fait et la résistance des parties molles a nécessité une application de forceps à dilatation complète.

En somme, on voit qu'il s'agit toujours de bassins presque normaux ayant nécessité une intervention par voie haute, dans le premier cas pour association de conditions défavorables, dans le second cas pour antécédents peu rassurants ; enfin l'application de forceps du troisième cas n'est pas due au rétrécissement du bassin, mais aux parties molles de cette primipare âgée.

Dans les recherches bibliographiques nous n'avons rencontré aucun cas publié, concernant une dystocie osseuse chez les obèses; au contraire, le bassin a toujours été trouvé assez vaste.

Du côté de l'utérus, pas d'anomalies de sa forme ni de sa position. Peut-être les difficultés du palper n'ont pas permis de faire le diagnostic de malformation utérine, car nous avons noté assez fréquemment des présentations du siège et même une présentation transversale.

Un seul cas de fibrome prævia, d'ailleurs non dia-

gnostiqué avant l'intervention, et que nous détaillerons plus loin.

Plusieurs auteurs, et en particulier Sellheim, de Leipzig, signalent chez les femmes obèses, l'existence d'une espèce de matelas graisseux qu'on perçoit au toucher vaginal, et qui recouvre les os du bassin. Cette couche de graisse empêche l'exploration exacte du bassin osseux, et serait capable de donner lieu à de véritables dystocies à la manière d'une tumeur *prævia*, ou seulement en diminuant les diamètres normaux du bassin. Nous avons détaillé ce point au chapitre de la pathogénie ; personnellement, en examinant des femmes obèses, il nous semblait bien toujours sentir une assez forte épaisseur entre le doigt explorateur et les parois de l'excavation, mais l'appréciation est difficile, surtout pour savoir si cet épaissement se comportera comme un élément de dystocie.

Passons aux causes fœtales ; une grosse disproportion entre le volume de la tête d'un gros enfant, et un bassin normal, pourrait être une cause de dystocie d'engagement.

En effet, les femmes obèses ont toujours de gros enfants, gros aussi bien au point de vue de leur poids que de leurs dimensions, surtout au niveau des épaules. Mais il n'y a jamais de disproportion grande entre la tête et le bassin, surtout que ce dernier est toujours assez vaste ; aussi le volume de la tête fœtale ne joue pas pour la dystocie d'engagement.

Un autre fait est à remarquer : c'est que nous avons observé des dystocies d'engagement de la tête, chez

des multipares, obèses déjà au moment de leurs accouchements antérieurs, qui avaient mis au monde tout à fait normalement des enfants très gros. Les conditions étant les mêmes, comment se fait-il qu'il y a une dystocie d'engagement ?

Fruhinsholz a signalé ce fait, et il explique cette dystocie, par ce qu'il appelle un « défaut de pointage » de la tête fœtale, et qui s'observe surtout chez la multipare obèse.

Cette anomalie, nous l'avons notée souvent parmi nos observations :

— Obs. n° 21 : femme ayant eu 3 accouchements normaux d'enfants de 4.000 gr. et qui, à sa dernière gestation, est restée avec une tête non engagée. Une procidence du cordon a provoqué la mort de l'enfant. Après tentative infructueuse de basiotripsie, une opération par voie abdominale fut nécessaire.

— Obs. n° 48 : multipare ayant eu 6 accouchements normaux de gros enfants ; à son dernier accouchement, la tête fœtale est restée mobile au-dessus du détroit supérieur, après dilatation complète ; l'enfant est mort et on termina par une basiotripsie.

Nous pourrions ainsi énumérer plusieurs observations de multipares qui avaient eu des accouchements parfaitement normaux et chez lesquelles on ne trouve aucun obstacle qui pourrait faire prévoir la dystocie. Ce défaut d'engagement se termine le plus

souvent par la mort du fœtus, et parfois par une opération abdominale dans de mauvaises conditions.

Et c'est sur ce point qu'ont insisté Lacomme et Lepage pour montrer un des caractères les plus importants de la dystocie chez la femme obèse, c'est-à-dire son imprévisibilité.

Et cette impossibilité de prévoir la dystocie joue pour toutes les difficultés qu'on peut rencontrer au cours d'un tel accouchement. C'est ainsi qu'à part quelques cas où on est intervenu d'emblée, pour des conditions particulières qui n'étaient pas en rapport avec l'état d'obésité, toutes les autres interventions ont été pratiquées chez des femmes qui, à l'examen obstétrical, ne présentaient rien de particulier, et dont l'accouchement semblait devoir se passer normalement.

Ces dystocies inattendues ne sont pas réservées exclusivement aux femmes obèses, on peut les rencontrer chez des femmes de poids normal, mais il semble que leur fréquence est toute particulière chez les obèses.

Nous ajouterons que cette dystocie est tout à fait indépendante du volume de la tête fœtale ; cet excès de volume du fœtus joue un rôle dans la descente et surtout au moment du dégagement.

Pour terminer cette dystocie d'engagement, nous avons recherché les cas de tumeurs prævia; un seul cas a été trouvé (obs. n° 13), qui concernait une primipare âgée, amenée à la clinique après une longue période de travail en ville; tête mobile, infec-

tion ovulaire importante. Une hystérotomie suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus fut décidée ; mais à l'intervention, un énorme fibrome du segment inférieur fut trouvé. Malgré ses dimensions d'une tête d'enfant, il a échappé à l'examen clinique, les difficultés du palper et du toucher étant très grandes, en raison de l'obésité de la femme. Une hystérectomie a été pratiquée.

En dehors de ce cas, aucune autre tumeur prævia, et surtout aucun lipome ou autre agglomération graisseuse, dont nous avons trouvé quelques cas publiés dans la littérature.

Dystocie de descente

Supposons maintenant la tête engagée ou simplement fixée, et voyons les anomalies que nous avons rencontrées, qui ont retardé cette descente, ou qu'elles ont empêché de se faire. Que se passe-t-il de particulier à cette période chez les obèses ?

D'abord, elles commencent, très souvent, par rompre la poche des eaux avant dilatation complète, et même avant toute dilatation. Ainsi, sur 62 cas, 28 fois la rupture des membranes a été précoce, 10 fois prématurée et seulement dans 24 cas elle a été respectée jusqu'à dilatation complète.

Cette rupture de la poche des eaux, dont l'effet est diversement interprété, au point de vue de son influence sur la durée du travail, nous a semblé être un élément défavorable chez les femmes obèses.

Ayant relevé la durée du travail chez ces femmes, nous avons remarqué que cette durée est nettement plus longue que normalement.

Si on considère que chez la primipare normale, la durée moyenne du travail est de 15 à 16 heures, sur nos 20 femmes primipares, cinq seulement ont eu une durée de travail voisine de ce chiffre, et les 15 autres ont eu un travail le dépassant, allant même jusqu'à 68 heures (obs. n° 11).

Pour les multipares, considérant la durée du travail normale de 10 heures environ, nous trouvons seulement 14 femmes dont le travail ait duré moins de 10 heures, et 26 avec une durée supérieure à ce chiffre, jusqu'à 65 heures (obs. n° 61).

Donc, le plus souvent, travail lent.

Parmi les causes de cette lenteur, la rupture précoce des membranes nous a semblé être un élément très favorable, puisque presque toutes les femmes qui l'ont respectée jusqu'à dilatation complète, ont vu leur travail se terminer dans un délai normal pour leur parité et leur âge, ou bien ont dépassé ce délai normal de très peu de temps. Il y a des exceptions, par exemple, l'observation n° 53, où une primipare a eu un travail de 48 heures malgré une poche des eaux intacte; mais c'était une primipare âgée. Dans un autre cas, observation n° 25, une multipare a eu un travail de 35 heures; mais ici c'étaient les contractions utérines qui faisaient presque totalement défaut.

On peut donc penser que la rupture de la poche des eaux avant dilatation complète, contribue à la lenteur de la descente du pôle fœtal.

Mais il n'y a pas que ça; l'étude de la contraction utérine a montré une fréquence particulière de son anomalie, par insuffisance.

Dans plus de la moitié des cas, exactement 36 fois sur 62 cas, les contractions utérines ont été déficientes, dans le sens de leur rareté, de leur durée ou de l'association des deux. Cette anomalie de contrac-

tion, n'est d'ailleurs pas toujours cause de dystocie grave, et nombre d'accouchements se sont terminés spontanément, ou par une simple application de forceps à dilatation complète, malgré l'insuffisance nette des contractions; et par contre, quelques cas de dystocie grave, malgré d'excellentes contractions.

Mais l'insuffisance des contractions utérines allonge la période du travail, et si une rupture précoce de la poche des eaux s'associe, l'infection amniotique apparaît, avec toutes ses complications : fièvre maternelle, souffrance et finalement mort de l'enfant, cortège de symptômes qui forcent la main de l'opérateur pour intervenir dans de mauvaises conditions.

Il ne semble pas que le volume excessif de l'enfant soit une cause qui retarde sa descente, puisque la plupart des femmes obèses ont des enfants très gros, et un certain nombre parmi elles ont eu un travail de durée normale.

Nous avons recherché, également, les obstacles mécaniques à la descente de la tête.

Rien d'anormal au point de vue osseux, nous avons déjà dit que le bassin des obèses était vaste.

Mais, il y a le col utérin, et nous avons trouvé quelques anomalies de ce côté.

Dans l'observation n° 49, la *situation* du col semblait être très haute, et on avait l'impression qu'il était un obstacle à la descente de la tête qui était fixé au détroit supérieur. Une importante infection ovulaire avec fatigue de la mère, ont obligé d'intervenir par voie abdominale.

Au point de vue de sa *consistance*, le col a été noté très dur et scléreux dans l'observation n° 33, où une césarienne itérative a été pratiquée au début du travail.

Enfin dans 2 cas, on a eu affaire à des anomalies de dilatation du col :

- Le premier cas, observation n° 8, concernait une primipare dont la dilatation était restée stationnaire à 5 francs ; membranes rompues depuis 3 jours. A ce moment, début d'un œdème mou du col; l'enfant étant mort, une basiotripsie après incision du col fut pratiquée.
- Le second cas, observation n° 42, concernait une secondipare dont la dilatation est restée stationnaire, à petite paume, avec une tête engagée. Le travail s'étant prolongé plus de 50 heures, l'existence d'une infection amniotique a posé l'indication d'incisions du col, suivies d'une application de forceps. Mais dans ce cas, pas d'œdème du col, l'arrêt de la dilatation semblait être plutôt un effet de l'absence presque complète de contractions utérines.

Donc, peu de dystocie par anomalie de la situation, consistance et dilatation du col de l'utérus, et celles qui ont été notées ne présentaient aucun caractère de gravité particulière due à l'état d'obésité.

Peut-être que le matelas graisseux dont parle Selheim pourrait retarder également la descente de la tête.

En résumé, ce qui caractérise cette période de descente du pôle fœtal, c'est sa longueur, souvent due à la mauvaise qualité des contractions utérines, associée à une infection amniotique par rupture précoce de la poche des eaux. A vrai dire, les véritables dystocies notées chez les femmes obèses, ne se rencontrent guère souvent à cette période; presque toujours il s'agit de dystocie d'engagement ou de dégagement; quant à celles qui se voient pendant la descente de la tête, elle se terminent souvent spontanément, ou par une application de forceps.

Dystocie de dégagement

Cette dystocie est beaucoup plus fréquente que la précédente, et c'est une éventualité à laquelle on doit toujours s'attendre, quand on doit assister à l'accouchement d'une femme obèse.

En effet, en étudiant la période de dégagement dans nos observations, on est frappé par la fréquence de la dystocie des épaules.

Sur 54 cas où l'extraction de l'enfant a été faite par les voies naturelles, une dystocie des épaules a été rencontrée 14 fois. Et elles ont nécessité des manœuvres spéciales variables, depuis le simple abaissement des bras, jusqu'à la mutilation du fœtus.

Si on cherche la cause de cette fréquence des dystocies des épaules, ça ne peut être que le poids excessif de l'enfant, et dans les cas rencontrés, ce poids varie entre 3.300 et 5.200 grammes.

Car il n'y a pas d'autres causes; il n'y a pas de rétrécissement du bassin des femmes obèses, pas plus au niveau du détroit inférieur qu'au détroit supérieur.

Quant aux parties molles, c'est très variable; elles étaient souples chez les multipares et les primipares jeunes, et résistantes chez les primipares âgées; mais

cet état de choses n'est pas caractéristique à l'obésité. Ensuite elles sont distendues par le passage du premier pôle fœtal.

Ce pôle, qui se présente le premier, que ce soit la tête ou le siège, n'a jamais donné des difficultés au dégagement, même chez les primipares.

Sur les 14 cas de dystocie des épaules, 4 fois il s'agissait d'une présentation du siège avec des enfants de poids pas trop élevé, aux environs de 3.700 grammes, et qui ont nécessité un abaissement des bras : trois fois on a pu extraire un enfant vivant, et une fois mort.

Pour les présentations du sommet, on a vu deux fois, au cours d'une basiotripsie, une dystocie des épaules, irréductible par les moyens habituels, et ayant nécessité une cléidotomie dans le premier cas (obs. 8) et dans le second (obs. n° 48) les tractions sur le bras, ont provoqué une rupture utérine avec mort de la femme.

Dans un cas, observation n° 57, à la suite d'une application de forceps dans l'excavation pour longueur de la période d'expulsion, nous nous sommes heurtés à une dystocie des épaules; toutes les manœuvres ayant échoué, et l'enfant ne donnant plus signes de vie, une décollation fut pratiquée, qui permit d'extraire le tronc du fœtus qui pesait 4.500 gr.

Enfin dans les autres cas, observations n° 28, 32, 35, 45, 51, 53 et 61, la dystocie a pu être réduite par une manœuvre de Jacquemier, qui consiste à abaisser le bras postérieur, en allant le chercher au-des-

sus du détroit supérieur; et ensuite s'il est nécessaire transformer le bras antérieur en postérieur, et l'abaisser à son tour.

A noter, que deux fois, il s'agissait d'enfants macérés ayant provoqué une dystocie par leur gros volume pesant respectivement 4.450 et 5.200 grammes.

Ce n'est pas tant le poids de ces enfants qui détermine leur difficulté d'extraction, car on peut avoir les mêmes difficultés avec des enfants de poids moyen, 3.500 grammes par exemple. Et aussi des enfants très gros ne donnent pas de dystocie.

Ce sont les dimensions du diamètre bi-acromial qui ont une importance capitale; et dans quelques cas où nous avons pu le mesurer, il était de 15 à 17 cm., même après tassement, ce qui peut expliquer les difficultés de leur passage.

Ce genre de dystocie a été observé et signalé souvent chez l'obèse; Sachs, de Berlin, l'a rencontrée souvent, et il écrit que parfois l'abaissement des bras est impossible, ne pas trop insister, mais le meilleur moyen de réduction de ce diamètre, c'est la décollation qui rend aisé le passage des épaules.

Car l'abaissement des bras n'est pas toujours une manœuvre commode; il faut introduire tout l'avant-bras dans les voies génitales pour aller à la recherche du bras du fœtus. La présence de la tête tout près de la vulve gêne l'opérateur; il faut se mettre dans de bonnes conditions pour la réussir, faire une large épisiotomie, qui fait ainsi un peu de place.

Donc le dégagement du fœtus chez la femme obèse,

donne lieu fréquemment à une dystocie des épaules; il faut s'y attendre, et au cas où une trop grande résistance surviendrait, ne pas insister pour ne pas provoquer une rupture utérine.

Avec cette notion nous terminons le chapitre de la dystocie de dégagement.

Présentations atypiques

La présentation du siège a été vue neuf fois sur nos 62 observations, dont deux fois récidivante.

Cinq fois l'accouchement s'est passé tout à fait normalement.

Trois fois une grande extraction du siège a été nécessaire; ceci peut être inclus à la dystocie d'engagement du pôle fœtal; en effet, les trois fois, le travail, assez long, a abouti à une dilatation complète, mais le siège ne s'est pas engagé; l'extraction a été facile dans un cas, observation n°1, difficile dans les deux autres, surtout au moment du passage des épaules.

Une fois, une extraction a été faite sur un siège qui était sur le plancher périnéal, la mère, très fatiguée, ne pouvant fournir aucun effort expulsif.

Donc, fréquence exagérée de la présentation du siège; peut-être le mauvais état habituel de la paroi abdominale y est pour quelque chose.

Mais les difficultés du diagnostic chez la femme obèse pendant la gestation ont fait méconnaître parfois une présentation du siège.

Et même, celle-ci étant connue, les essais de versions par manœuvres externes n'ont pu donner des

résultats positifs, toujours à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale.

Il y a eu deux cas de présentation de l'épaule :

- Premier cas, observation n° 4, multipare albuminurique, a fait une procidence d'un bras à dilatation complète. Une version par manœuvres internes, très laborieuse, a permis d'extraire un enfant de 4.620 grammes mort-né.
- Le second cas, observation n° 22, multipare ayant eu deux accouchements par le siège, est entrée à la clinique avec une présentation transversale, membranes rompues depuis peu de temps; une césarienne haute a permis d'extraire un enfant vivant pesant 4.600 grammes.

Une seule présentation de la face, observation n° 43, que nous avons mentionnée au point de vue de son bassin.

Enfin deux cas de procidence du cordon :

- Le premier, observation n° 7, primipare âgée, qui a fait à dilatation complète une procidence du cordon. Une version par manœuvres internes a extrait un enfant mort de 4.800 grammes.
- Le second, observation n° 21, multipare, qui avait fait une procidence du cordon et d'un membre.

Une tentative de version par manœuvres internes fut sans résultat. Amenée à la clinique, on essaie une basiotripsie, l'enfant étant mort. Echec. L'opéra-

tion s'étant trop prolongée, une intervention par voie abdominale fut faite.

A part les complications mécaniques de l'accouchement, les autres accidents de la période du travail ont été notés dans un petit nombre de fois.

Aucun accident d'éclampsie à type convulsif ou hémorragique; une seule malade a présenté quelques symptômes prééclampsiques qui ont cédé à la saignée.

Un seul cas de placenta inséré sur le segment inférieur, insertion marginale, observation n° 12, qui a déterminé une hémorragie après l'expulsion du fœtus, ayant nécessité une délivrance artificielle.

Dans deux cas, observations n°s 11 et 25, des hémorragies ont été notées après l'accouchement, mais ni leur abondance ni l'état général de la mère n'a posé l'indication d'un traitement actif.

Pour finir ce chapitre de l'accouchement proprement dit, nous ajouterons que l'infection amniotique est un élément également très fréquent chez les femmes obèses; la rupture précoce de la poche des eaux jointe à la longueur du travail en sont les causes et il faut toujours compter avec sa présence qui aggrave les interventions.

Délivrance

La délivrance présente la particularité de ne pas se faire toujours naturellement, et ceci dans des proportions plus élevées que pour la femme normale.

Après l'accouchement, l'utérus reprend une certaine tonicité; ensuite, par quelques contractions, il décolle le placenta, et après son expulsion il redevient très dur.

Sur 53 délivrances faites par les voies naturelles, onze fois, une délivrance artificielle a été nécessaire.

L'indication de la délivrance artificielle a été posée dans tous les cas par une hémorragie importante, avec ou sans signes de shock, et en général, elle est survenue très peu de temps après l'expulsion du fœtus.

Aucun cas de non décollement du placenta n'a été noté, c'était toujours des hémorragies avec décollement partiel de l'arrière-faix.

Une seule fois, un état de shock intense a été observé après une basiotripsie; une délivrance artificielle a été pratiquée, le shock ayant été attribué à une hémorragie qui ne s'est pas extériorisée; en réalité il s'agissait d'une rupture utérine.

Les autres obèses ont eu une délivrance normale; leur placenta avait un aspect et un poids normal.

La pratique de la délivrance artificielle n'avait aucune difficulté particulière.

La fréquence des hémorragies après l'accouchement peut être attribuée à plusieurs causes :

- D'abord la mauvaise contraction de la fibre utérine, qui se manifeste également au moment de la délivrance.
- Ensuite, l'état de fatigue de ce muscle, déterminé par un long travail, car toutes les femmes qui ont nécessité une délivrance artificielle avaient eu un travail plus long que normalement.

Cette atonie utérine a été rencontrée aussi après la délivrance, dans trois cas :

- Obs. n° 1, l'hémorragie était moyenne, elle s'est arrêtée après massage.
- Obs. n° 6, hémorragie assez importante après une délivrance artificielle.
- Obs. n° 5, hémorragie très importante, après accouchement et délivrance normaux, mais travail assez long. Une revision utérine fut pratiquée pour s'assurer de la vacuité de la cavité utérine.

En résumé, possibilité d'hémorragie assez importante pour nécessiter une délivrance artificielle.

Surveiller l'état général, le pouls et la quantité de sang perdu.

Même surveillance également après la délivrance, par atonie utérine possible.

Interventions pratiquées au cours de l'accouchement

Avant de les énumérer, nous essaierons d'esquisser l'allure générale de l'accouchement chez la femme obèse; faire un tableau précis est absolument impossible, vu les multiples causes qui peuvent enrayer la bonne marche du travail.

Ce travail commence et rien ne fait prévoir la possibilité d'une dystocie; la poche des eaux se rompt souvent dès le début des contractions. La pôle fœtal est rarement engagé. Mauvaises contractions utérines, travail long ; l'infection amniotique ne tarde pas d'apparaître avec ses complications. Enfin si une intervention se montre nécessaire, la voie basse est de technique difficile. L'extraction de l'enfant est parfois dystocique.

Défaut d'engagement de la tête, rupture précoce de la poche des eaux, lenteur du travail, difficultés de l'extraction de l'enfant et hémorragies de la délivrance, caractérisent l'accouchement chez l'obèse.

Ce tableau sombre doit être suivi de la remarque suivante : c'est que souvent les obèses ont un accouchement et une délivrance normaux. Seulement, la

durée du travail a été plus longue, et pourtant leur poids dépassait parfois les 100 kilogr. Nous avons même observé trois présentations du siège avec gros enfants, mais les obèses qui ont eu un accouchement normal, étaient la plupart multipares.

Voyons maintenant les interventions qui ont été pratiquées :

Par voie abdominale : 9 interventions.

— 3 césariennes, dont une haute :

Obs. 22 : césarienne haute pour épaule.

Obs. 43 : césarienne basse pour présentation de la face avec bassin limite.

Obs. 47 : césarienne basse pour bassin légèrement touché, avec antécédents dystociques.

— 3 césariennes suivies d'hystérectomie :

Obs. 13 : césarienne + hystérectomie pour fibrome prævia.

Obs. 33 : césarienne itérative + hystérectomie.

Obs. 49 : césarienne + hystérectomie pour grande infection ovulaire.

— 1 opération de Portes :

Obs. 36. : primipare âgée ayant une présentation du siège.

— 2 hystérectomies.

Obs. 24 : rupture utérine après multiples applications de forceps.

Obs. 21 : échec de la version et de la basiotripsie; grosse infection amniotique.

Par les voies naturelles, nous avons noté les interventions suivantes :

— Quatre extractions du siège :

Obs. n^{os} 1, 14, 51 et 56.

— Deux versions par manœuvres internes :

Obs. n^{os} 4 et 7.

— Quinze applications de forceps, toutes sauf une, sur des têtes encore dans l'excavation n'ayant pas encore fait ou terminé leur rotation.

Obs. n^{os} 6, 9, 10, 11, 15, 19, 24, 30, 34, 35, 38, 41, 42, 45, 53 et 61.

Une seule, le n^o 42, a été précédée d'incisions du col.

— Deux basiotripsies :

Obs. n^o 48 : rupture utérine.

Obs. n^o 8.

— Une embryotomie par décollation :

Obs. 57 : grosse dystocie des épaules.

Nous n'avons pas énuméré ici les dystocies des épaules, qui ont cédé à une manœuvre de Jacquemier.

— Délivrances artificielles : 11 fois.

— Enfin une revision utérine pour hémorragie.

Nous voyons donc parallèlement à la complexité des dystocies qu'on peut rencontrer chez la femme obèse, la grande variété de moyens thérapeutiques pour les vaincre.

Pour pouvoir juger leur valeur, il faut voir également leurs résultats, que nous verrons au chapitre suivant.

Mortalité et morbidité maternelle

Le chiffre de mortalité est très élevé, il y a eu 7 cas de mort sur 62 malades ; mais ces chiffres ne correspondent pas à la réalité, puisque nous avons observé beaucoup de cas où la dystocie était complexe, et donc d'un pronostic plus sombre.

A la suite de quoi sont mortes ces malades ?

- Une fois la mort a suivi immédiatement une rupture utérine provoquée par une basiotripsie.
- Six fois les décès sont survenus après une intervention par voie abdominale : césarienne simple ou suivie d'hystérectomie.

La mort de ces femmes est survenue peu de temps après l'intervention : trois fois elle est survenue immédiatement après, et les autres fois après un intervalle court, n'ayant jamais dépassé 4 jours.

Les symptômes que présentaient les malades étaient toujours les mêmes : hypertermie, pouls très rapide, subictère, ballonnement du ventre.

Les chirurgiens ont, d'ailleurs, toujours remarqué les difficultés que présente une opération chez une obèse ; difficulté d'ordre technique qui allongent la durée de l'intervention et accidents anesthésiques.

Sauf pour la paroi abdominale, les difficultés techniques d'une césarienne sont moins grandes que s'il s'agissait d'un autre viscère ; mais l'anesthésie peut donner des accidents immédiats ou tardifs, car les obèses ont presque toujours une insuffisance respiratoire qui, associée à l'insuffisance cardiaque, également fréquente, donne de la dyspnée et cyanose.

Aussi l'anesthésie générale par inhalation, à l'aide de n'importe quel liquide anesthésique peut être dangereuse.

On n'emploie pas l'éther, parce qu'on craint les complications respiratoires dans les suites. Le plus souvent on utilise le chloroforme — les femmes enceintes le supportant généralement très bien.

Dans l'observation n° 49, il nous semble que la mort soit survenue par accident anesthésique.

Aucun essai d'anesthésie rachidienne n'a été fait dans nos observations.

La morbidité maternelle, au contraire, ne présente pas des particularités chez les obèses, et les suites de couches ne sont pas plus chargées que pour les femmes normales, aussi bien dans les cas d'accouchements normaux, que là où une intervention avait été faite.

Dans plus de la moitié des cas, les suites de couches ont été tout à fait normales, les femmes ont pu quitter la clinique dans la première quinzaine qui a suivi leur accouchement.

Dans quinze cas, les suites de couches ont été subfébriles ou marquées par un crochet de tempéra-

ture élevée, due à une réaction de lymphangite du sein.

Les malades qui ont subi une opération césarienne, ont eu des suites normales. Egalemeut, la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus, a eu des suites normales : la réintégration a été faite un mois après. L'épaisseur de la paroi de cette femme qui pesait 100 kilogr. n'a pas eu de répercussion fâcheuse ni pour la technique de l'opération, ni pour ses suites.

Un seul cas de périphlébite, observation n° 14, qui a guéri très rapidement.

Une malade, ancienne paludéenne, a fait un accès de paludisme.

Enfin, une autre, une néphrite hypertensive.

En résumé, la mortalité est importante, la morbidité l'est beaucoup moins.

Quelques mots sur l'allaitement : le plus souvent il a été normal ; la montée laiteuse et l'abondance de la sécrétion étaient normales, du moins pour la période où ces femmes étaient encore à la clinique. Car on a signalé que les femmes obèses sont des mauvaises nourrices. La sécrétion serait peu abondante à cause d'une diminution de la valeur fonctionnelle de la glande, par infiltration graisseuse considérable des seins (Dancel).

Mortalité et morbidité infantile

La mortalité infantile est également très élevée. Sur 61 femmes ayant accouché d'un enfant à terme, et ayant eu 62 enfants — à cause d'une gémellaire — 16 enfants sont morts, donc une mortalité globale d'un peu plus de 25 %.

Parmi ces 16 enfants, deux étaient morts avant le début du travail, ils étaient macérés.

Quant aux autres, leur mort est survenue après une intervention.

- 3 fois mutilation volontaire du fœtus mort pendant le travail.
- 2 versions par manœuvres internes.
- 3 applications de forceps.
- 2 présentations du siège, dont une avait nécessité une grande extraction.
- 4 extraits par voie abdominale par césarienne.

Le poids des enfants des femmes obèses, nous l'avons déjà dit, est supérieur à celui des enfants habituels qui pèsent environ 3.250 gr.

Sur 62 enfants, 3 avaient un poids de très peu inférieur à 3.000 gr. ; 23 avaient un poids entre 3.000 et

4.000 gr. et 35 un poids supérieur à 4 kilogr., allant jusqu'à 5.900 gr.

Pourquoi les obèses ont-elles des enfants aussi volumineux ? Diverses raisons ont été invoquées. Mauriceau disait que leur poids est en rapport avec la taille du père de l'enfant, et que « les femmes dont le mari avait une grosse tête et des épaules larges engendraient des gros enfants, qui leur ressemblent en cela ».

Nous n'avons pas de renseignements à ce propos sur toutes nos malades ; dans quelques cas que nous avons observés personnellement, l'interrogatoire a permis de trouver un seul procréateur assez grand et d'un poids voisin de 100 kilogr,

Les enfants sont larges d'épaules, ce qui donne souvent des difficultés à leur dégagement, mais ils sont également gras. On a cherché à savoir d'où viennent leurs réserves graisseuses ; il y a là-dessus trois opinions avec preuves histologiques à l'appui, mais de conclusions totalement différentes.

Nürnbergger pense que le fœtus fabrique lui-même sa graisse, avec du glycogène et des matières albuminoïdes qui lui arrivent par le placenta.

D'autres auteurs disent que le sang maternel arrive au placenta surchargé de sucre et que le placenta transformait cet excès de sucre en graisse, qu'il envoie ensuite directement au fœtus avec le restant de sucre.

Enfin, la troisième opinion, la plus admise, a été décrite par Hofbauer dans son ouvrage sur la physiologie du placenta ; il a démontré par des méthodes

physiologiques que la graisse passe par le placenta de la mère à l'enfant mais il ne peut affirmer si c'est la seule origine de la graisse fœtale.

Cette opinion paraît être en corrélation avec les observations faites à propos du rapport entre le poids de la mère et de l'enfant.

Trillat, de Lyon, a observé que le poids de l'enfant croît proportionnellement au gain réalisé par la mère pendant la gestation. Or, un bon nombre de femmes obèses ont vu leur poids augmenter dans des proportions considérables, à la suite d'une suralimentation associée à un repos prolongé.

Pinard a dit que le repos de la mère assurait un poids plus élevé à l'enfant, parce qu'il favorise l'emmagasinement de réserves nutritives pour la mère.

Vignes pense que le poids de l'enfant est en relation avec la taille du père d'une part, avec la suralimentation des femmes de l'autre.

Enfin, Abels a observé que le poids moyen des enfants est plus élevé quand ils naissent entre les mois de mars et octobre.

De quelle origine qu'il soit, le poids de l'enfant d'une femme obèse est toujours supérieur à la normale, et nous avons vu les dystocies qu'il occasionne. Le poids de l'enfant paraît être aussi en rapport avec le pourcentage de mortalité ; ainsi pour le groupe des enfants qui pesaient moins de 3.000 gr. pas de mortalité.

Pour le groupe des enfants entre 3 et 4.000 gr., sur 23 enfants, 6 morts, donc 26 %.

Pour ceux dont le poids dépasse 4 kilogr., 10 décès sur 35 enfants, mortalité un peu plus élevée : 28 %.

En résumé, mortalité assez élevée, surtout à la suite de traumatisme.

La morbidité, comme pour les mères, tout à fait minime ; quelques enfants ont eu besoin d'être ranimés après la naissance ; tous sont sortis en bonne santé apparente, n'ayant jamais présenté de la cyanose ou des convulsions.

Un seul enfant est mort de broncho-pneumonie le 14^e jour.

Pathogénie de la dystocie

Dans ce chapitre, nous voulons simplement classer dans l'ordre les diverses opinions sur les causes des dystocies qu'on rencontre chez la femme obèse.

Etudions d'abord la dystocie d'engagement : il y a plusieurs facteurs qui peuvent s'opposer à cet engagement ; nous laisserons de côté la disproportion entre le volume du fœtus et du bassin, puisqu'elle n'a pas été observée ni dans nos cas, ni dans les recherches bibliographiques.

Mais il y a d'autres facteurs :

- L'état de la paroi abdominale.
- Le défaut de pointage de la tête.
- L'accumulation de graisse dans les tissus du petit bassin de l'obèse.

Nous ne reviendrons pas sur les deux premiers points qui ont été déjà étudiés dans les chapitres précédents.

Mais nous allons insister sur le troisième point : l'existence de masses graisseuses dans le petit bassin, qui joueraient un rôle important dans la dystocie d'engagement, par un mécanisme comparable à celui des tumeurs prævia.

L'existence de surcharge graisseuse dans tous les tissus des obèses est un fait très connu ; elle se trouve surtout au niveau de la paroi de l'abdomen, mais aussi dans tous les organes, et surtout autour d'eux. Nous avons vu l'opinion de Tuskay sur l'existence de masses graisseuses autour des trompes, ce qui serait la principale cause de stérilité des femmes obèses.

Elle existe également en grande quantité derrière le pubis, formant comme une épais bourrelet qui peut se prolonger tout autour de l'orifice du détroit supérieur, diminuant ainsi ses diamètres à la manière d'une tumeur *prævia* ou d'un rétrécissement du bassin.

Comment se présente cette graisse, et par quel mécanisme peut-elle déterminer une dystocie ?

Tassowatz, de Strasbourg, pense que la tête commence à plonger dans l'excavation en poussant devant elle les couches supérieures de graisse qui matelassent la partie supérieure des parois de l'excavation. Mais en continuant sa descente, cette couche de graisse va s'épaissir au fur et à mesure de la descente du pôle fœtal qui, bientôt, va être arrêtée par une véritable barrière, un bourrelet de graisse. Dans l'observation qu'il publie, le bourrelet finit par s'effacer et laisser passer la tête fœtale, après un travail qui a duré 12 h. 30.

Sellheim, de Leipzig, a étudié longtemps cette question, et a examiné un grand nombre de femmes obèses pendant et en dehors d'une gestation. Voilà les con-

clusions qu'il apporte : chez la femme obèse, il y a toujours un dépôt de graisse dans le petit bassin, matelassant les parois du vagin et du bassin osseux, et empêchant l'exploration méthodique.

Cette graisse, habituellement de consistance molle, peut être facilement perçue par le toucher vaginal. Or, il a remarqué que cette graisse disparaît le plus souvent, si la femme entre en état de gestation. On ne trouve plus au toucher le matelas graisseux, ni pendant la gestation, ni pendant l'accouchement, mais elle réapparaît dans les suites de couches.

Il pense, en somme, à la possibilité d'une mutation momentanée des tissus maternels, sans pouvoir, d'ailleurs, en préciser le mécanisme.

Mais, il a observé que parfois cette graisse ne disparaît pas et sa présence pendant l'accouchement est capable de créer une dystocie grave. Il apporte une observation personnelle d'une obèse chez qui on avait tenté, sans succès, une application de forceps. Il la voit à ce moment, et trouve à l'examen une tête très haute, surmontée d'une énorme bosse sérosanguine.

Autour de cette bosse, formant comme un anneau au niveau du détroit supérieur, il y avait une masse graisseuse endurcie par la pression de la tête fœtale, et qui était certainement l'obstacle qui empêchait la tête de descendre. L'enfant étant mort, il pratiqua une basiotripsie.

Après l'intervention, qui fut laborieuse, il fit un nouvel examen de la malade ; son bassin était très large et n'aurait pu être un obstacle pour le passage

de la tête. Les masses graisseuses existaient toujours, mais elles étaient plus molles, n'étant plus soumises à la compression par la tête fœtale. Un nouvel examen fait le dixième jour des suites de couches, a montré un ramollissement complet du matelas graisseux qui existait toujours. Elle était abondante surtout derrière le pubis où son épaisseur semblait être de 1 cm. environ, en agglomération d'aspect de grappe de raisin, au toucher.

L'auteur pense que cette éventualité de dystocie est très rare, il n'a trouvé que 6 cas publiés dans la littérature ; que le plus souvent, cette graisse qui existe à l'état normal, disparaît pendant la gestation, pour permettre à l'accouchement de se faire dans de bonnes conditions. Nous montrerons au chapitre de la conduite à tenir, quelles sont ses conclusions thérapeutiques.

Nous allons ajouter ici une observation publiée par Jubas, de Cluj, qui a vu chez une femme grasse un lipome postérieur causer une dystocie d'engagement de la tête. La femme était morte après quatre jours de travail. A l'autopsie, le lipome, qui pesait 2 kilogr., paraissait tenir à la graisse sous-péritonéale et au tissu conjonctif du petit bassin.

L'auteur ajoute que ces tumeurs sont d'habitude de dimensions plus réduites, et plus molles, permettant ainsi l'accouchement par les voies naturelles.

Mise à part cette dernière observation, qui est une dystocie par véritable tumeur prævia, les auteurs

cités plus hauts étaient d'accord pour affirmer l'existence de la graisse dans le petit bassin.

Sans pouvoir ajouter des précisions ou faits nouveaux, nous avons tenu à rapporter ces opinions, qui ne manquent pas d'un certain intérêt, du moins théorique.

Passons à la dystocie de descente.

Elle est due à plusieurs faits, souvent associés; nous voulons parler de :

— La contraction utérine, et

— Du volume excessif de l'enfant.

La contraction utérine, chez la femme obèse, est souvent normale et nous l'avons vu dans un précédent chapitre, que dans presque la moitié de nos observations, la fibre utérine s'est très bien comportée. Dans le reste des cas, ces contractions ont été insuffisantes ; elles n'existaient pas, ou leur rareté et brièveté diminuait leur efficacité.

Parfois, un certain état de non relâchement entre les contractions a pu être noté; cet état de contraction peut passer inaperçu souvent, car on palpe difficilement l'utérus à travers la grosse paroi abdominale.

Quelle est la cause de la faiblesse habituelle des contractions utérines?

Elle peut être d'ordre anatomique, c'est-à-dire avec insuffisance musculaire, due au fait soit que la fibre musculaire ne soit pas tout à fait apte à la contraction comme dans certains cas d'hypotrophie génitale

avec utérus infantile; soit, au contraire, à un état de vieillesse ou fatigue de cette fibre musculaire due à des gestations répétées ou à la présence de fibromes.

De même, chez l'obèse, on peut penser que l'existence de graisse entre les fibres musculaires de l'utérus, peut diminuer leur valeur fonctionnelle au moment de la contraction, tout comme la présence de fibromes de la paroi; la présence de cette graisse augmente habituellement le volume de la paroi utérine.

Vignes pense qu'un autre facteur de la mauvaise contraction utérine peut être l'alimentation excessive de l'obèse pendant sa gestation, qui favorise un état de sympathicotonie propice à l'apparition de la contracture utérine.

Et au contraire, il a remarqué que les femmes soumises à un régime plus strict pendant la gestation, ne font pas d'états de contracture, ni des hémorragies de l'accouchement ou de la délivrance.

Le deuxième point, c'est-à-dire le poids excessif du fœtus, ne joue pas un rôle important dans la longueur de la période de descente, mais surtout au moment du dégagement.

Nous avons vu qu'il donne lieu uniquement à une dystocie des épaules, pour laquelle le poids de l'enfant ne joue pas toujours un rôle primordial, puisqu'il a été observé avec des enfants relativement petits.

Enfin, pour les hémorragies de la délivrance, leur fréquence associée à l'atonie utérine, est due au

même défaut de contraction utérine pour réaliser une hémostase physiologique.

En somme, on rencontre chez les obèses, en plus des dystocies habituelles de l'accouchement, une dystocie qui paraît leur être propre; nous voulons parler de celle déterminée par les masses graisseuses du petit bassin.

Dans ce chapitre, nous avons passé en revue de nouveau les diverses dystocies rencontrées en montrant les opinions diverses, quant à leurs causes. Ceci est tout à fait schématique, et il faut savoir que ces divers éléments de dystocie peuvent s'intriquer et jouer à tour de rôle ou simultanément.

Ce que nous ne pouvons pas expliquer, c'est pourquoi des obèses qui avaient déjà eu des accouchements tout à fait normaux, présentent une grave dystocie à un accouchement ultérieur, qui commence dans les mêmes conditions; ni pourquoi une obèse peut avoir un accouchement normal, alors qu'une autre, se présentant dans les mêmes conditions, a un accouchement difficile.

Pronostic

D'après tout ce que nous avons vu jusqu'ici, on pourrait être tenté de croire que l'accouchement chez une femme obèse est très dystocique et qu'il l'est toujours; mais les faits démentent souvent ce pronostic sombre, puisque souvent, elles accouchent tout à fait normalement.

Dans ce chapitre nous allons montrer quels sont les facteurs d'aggravation de ce pronostic.

En premier lieu, un point sur lequel ont insisté Lacomme et Lepage, c'est l'imprévisibilité de la dystocie chez la femme obèse, et ce facteur joue, à notre avis, un rôle capital. En effet, la plupart de ces femmes qui ont eu un accouchement dystocique, avaient eu dans leurs antécédents, un ou plusieurs accouchements normaux, d'enfants de poids aussi élevé que celui qui a déterminé la dystocie. Donc, chez ces femmes, le pronostic paraissait, à première vue, en examinant la femme au début du travail, devoir être très bon : la suite des événements l'avait démenti. Par exemple, dans l'observation n° 21, il s'agit d'une femme qui avait eu 4 accouchements normaux d'enfants de poids supérieur à 4 kilos. Son dernier accouchement fut très dystocique, et ne put être

fini que par une opération abdominale. Il n'y avait aucune raison apparente, chez elle, pour que l'accouchement soit difficile. Nous pourrions donner plusieurs exemples du même genre.

Donc, les antécédents obstétricaux favorables, qui pour une femme normale, peuvent être d'un précieux secours pour le pronostic, n'ont en général, aucune valeur chez la femme obèse. Or, à quoi mène habituellement ce retard dans l'évaluation de la possibilité de dystocie? A une attente trop prolongée, toujours dans l'espoir que le pôle fœtal finira par s'engager, comme il s'est produit à un accouchement antérieur; mais pendant ce temps, l'infection ovulaire qui commence, car presque toutes les obèses rompent précocement la poche des eaux, ajoutée à la fatigue maternelle, aggrave le pronostic, et ne laisse même plus le libre choix de l'intervention.

Et comme finalement, on est souvent obligé d'intervenir, on est forcé de recourir ou bien à des opérations par voie basse, qui sont de technique très difficile, ou par voie haute, souvent mutilatrice pour la mère.

Par contre, dans certains cas, un nombre de conditions ont pu permettre de poser d'emblée un pronostic plus sombre, au point de vue de la possibilité de l'accouchement normal; ces femmes ont été opérées plus tôt, sans trop prolonger l'épreuve du travail. Mais en général les symptômes qui ont attiré l'attention, ne sont pas propres à l'état d'obésité, tout

au plus leur association à cet état les rend plus graves.

Par exemple, une primipare obèse, qui avait une présentation de la face, avec un bassin légèrement touché, a subi une césarienne basse sans trop prolonger l'épreuve du travail.

Mais dans la règle, l'imprévisibilité de la dystocie rend le pronostic plus sombre.

Un autre facteur du pronostic c'est le fait que souvent on est en présence non seulement d'une dystocie, mais d'une association à cette dystocie de tentatives diverses d'extraction, qui ont déterminé, presque dans tous les cas, la mort de l'enfant. Il s'agissait justement de femmes chez lesquelles l'accouchement semblait devoir se passer normalement, et qui à la dernière minute s'est montré dystocique. L'accoucheur qui assistait pensait pouvoir venir à bout de cette dystocie par une intervention simple, par exemple, application de forceps ou version suivant les cas; mais ces interventions sont beaucoup plus difficiles chez les femmes obèses. On comprend que si on voit la malade à ce moment, après quelques tentatives infructueuses d'extraction par voie basse, on soit obligé d'opérer, le plus souvent dans de très mauvaises conditions.

Et nous arrivons au troisième facteur du pronostic : le danger des opérations chez les obèses. Les chirurgiens connaissent ces difficultés, et on a souvent décrit les difficultés opératoires et les suites.

En obstétrique également, l'état d'obésité rend les interventions plus difficiles.

Les plus simples interventions, par exemple une application de forceps ou une version, sont beaucoup plus difficiles chez les obèses. Mais une application de forceps est plus facile qu'une basiotripsie, où l'aide ne peut arriver à fixer la tête par la paroi abdominale.

Mais s'il n'y a pas de difficultés pour l'engagement du pôle foetal, on peut voir des désastres au moment du dégagement.

Pour la voie haute c'est la même chose.

D'abord on n'opère presque jamais assez tôt, car on espère toujours que l'engagement se fera tout seul. Il y a donc déjà un élément défavorable : l'infection amniotique aiguë ou latente; ensuite les difficultés de technique opératoire.

L'état de fatigue de la mère est également un élément défavorable.

Enfin l'anesthésie générale est souvent mal supportée par les obèses, d'autant plus que les opérations durent assez longtemps en raison des difficultés techniques.

Donc difficultés et dangers, aussi bien par la voie haute que basse.

Pour finir ce chapitre, nous ajouterons que les difficultés énumérées plus haut ne sont pas inévitablement rencontrées, et que parfois ces opérations réussissent très bien.

Mais on doit toujours s'attendre à ces difficultés, être préparé à y remédier; de toute façon, opérer

avant une infection amniotique trop grave et avant l'apparition de l'état de fatigue maternelle. Racourcir le plus possible la durée de l'opération; ces précautions améliorent le pronostic des interventions.

Conduite à tenir

Sans pouvoir donner des lignes précises sur la thérapeutique à instituer, nous donnerons quelques indications sur la conduite à tenir.

En dehors de l'état de gestation, nous ne voulons pas donner ici le traitement de l'obésité car ceci sort du cadre de la question; mais on peut avoir l'occasion d'être consulté par une femme obèse qui n'a pas encore eu d'enfants, malgré son vif désir d'en avoir.

Le plus souvent il s'agit de femmes mal réglées. Elles doivent être soumises à un traitement approprié à la cause de leur obésité. Souvent, un régime alimentaire strict, préconisé par Pinard, — un mois au lait strictement, le mois suivant lait et légumes, le troisième mois encore au lait pur — avait l'avantage de faire maigrir ces femmes et leur donnait la chance, en régularisant leur flux menstruel, de commencer une gestation.

Ensuite, au début de la gestation, être prudent dans le diagnostic, s'aider à la rigueur par les réactions biologiques.

Surveiller l'état des urines, l'hypertension et l'état du foie.

Quant au traitement, qui vise l'obésité pendant la

gestation, nous avons vu l'opinion de plusieurs auteurs. Leur conclusion est, en général, qu'il faut rationner l'alimentation d'une femme obèse enceinte, de façon qu'elle ait une quantité d'aliments suffisante. Mais sans excès, qui augmentent le travail du foie et des reins, et en plus, augmentent d'une façon excessive le poids de l'enfant. Mais aussi, sans tomber dans la restriction trop sévère qui paraît donner lieu à des accidents qui déterminent une interruption spontanée de la gestation avant terme.

Le traitement médicamenteux, surtout opothérapique, a été essayé souvent, surtout en Amérique; il ne paraît pas dépourvu toujours de danger, car toutes les femmes ne le supportent pas de la même façon, surtout que chez certaines la sécrétion thyroïdienne est déjà exagérée par l'état de gestation.

Donc le traitement qui vise la diminution de l'embonpoint pendant la gestation ne nous paraît avoir un gros intérêt, car un traitement actif qui amènerait une diminution assez importante du poids n'est pas toujours sans danger pour l'évolution de la gestation jusqu'à terme.

Ceci ne veut pas dire qu'il ne faut pas surveiller les obèses au point de vue de leur poids, ne serait-ce que pour éviter une augmentation encore plus considérable, ce qui peut s'observer.

Mais c'est surtout au moment du travail qu'il faut les surveiller; en se rappelant le caractère imprévisible de leur dystocie, il faut les hospitaliser si c'est possible, ou les mettre près d'un centre chirurgical.

Une fois le travail commencé, éviter la rupture des membranes.

Si l'engagement se fait, l'accouchement se fera peut-être normalement, mais de toute façon être prêt à intervenir par une application de forceps si la période d'expulsion dure trop longtemps. Et s'attendre à une dystocie des épaules toujours possible. Si elle survient, la réduire par une manœuvre de Jacquemier, mais sans brutalité, car il peut y avoir des désastres maternels; mieux vaut une mutilation fœtale.

Si le pôle fœtal ne s'engage pas, il peut y avoir deux circonstances :

- Ou bien il y a un obstacle qui a été trouvé à l'examen, qui empêche l'engagement, ou l'existence d'un faisceau de circonstances défavorables qui, réunies, déterminent une dystocie grave; dans ces cas, opérer assez tôt, sans trop prolonger l'épreuve du travail à cause de l'infection amniotique qui peut être latente.
- Ou bien, et le cas est beaucoup plus fréquent, tout se présente bien, il n'y a aucun obstacle apparent, les contractions utérines sont bonnes; on attend. Et il faut savoir attendre assez longtemps, car, nous y avons suffisamment insisté, le travail des obèses est plus long que d'habitude; et surtout respecter l'intégrité de la poche des eaux.

Mais, parfois, en laissant continuer le travail pen-

dant longtemps, l'accouchement ne se fait pas; on comprend que l'opération qui sera nécessaire à ce moment sera plus difficile et plus dangereuse.

Il est donc impossible de donner des règles précises de la conduite à tenir, elle doit être particulière suivant les cas qui se présentent.

Sellheim pose l'indication d'opération après épreuve de travail chez toute femme obèse où il perçoit l'existence d'un bourrelet de graisse au niveau du détroit supérieur au début du travail.

Enfin, Péry, de Bordeaux, provoque l'accouchement prématuré chez les femmes qui ont déjà eu de gros enfants, dont l'accouchement a été dystocique; mais il ne parle pas des femmes obèses.

Si une intervention est nécessaire, la chose essentielle c'est qu'elle soit faite le plus rapidement possible.

Le mode d'anesthésie employée n'est pas indifférent; les obèses supportent mal l'anesthésie générale; et nous sommes étonnés de ne pas avoir vu essayer la rachianesthésie, malgré des difficultés techniques qu'on pourrait rencontrer.

Au moment de la délivrance il faut surveiller la malade pour ne pas laisser passer inaperçue une importante hémorragie qui nécessiterait une évacuation immédiate de l'utérus.

Même surveillance après la délivrance.

Quant aux enfants, ils peuvent être traumatisés par le passage à travers la filière pelvienne; être toujours préparé à les ranimer si besoin est.

Enfin, les femmes obèses, et surtout celles qui ont eu un accouchement dystocique, doivent être conseillées de suivre un traitement après les suites de couches; traitement qui leur permettra de maigrir et d'avoir par la suite des accouchements normaux, si c'est seulement leur embonpoint exagéré qui a été la cause de la difficulté de l'accouchement.

Résumé des observations

OBS. N° I. — A... C..., I-pare, 19 ans, 105 kgr. Mère obèse. Règles douloureuses. Obèse depuis l'enfance. Gestation bien supportée.

Siège mobile. Durée travail, 16 heures. Grande extraction, 3 heures après, dilatation complète. Fille 4.230 gr.. vivante.

Délivrance naturelle, 630 gr. Hémorragie après la délivrance arrêtée par injection chaude.

Suites de couches normales.

OBS. N° II. — M... B., IV-pare, 37 ans, 125 kgr. Règles irrégulières. Antéc. obstr. : 2 sièges et un avortement.

Gestation actuelle. Siège transformé en sommet par version externe. Durée travail 29 h. 30. Accouchement normal. Délivrance artificielle pour hémorragie. Placenta bas intérêt. Fille, 4.320 gr., vivante. A. F. 650 gr.

Suites de couches subfébriles.

OBS. N° III. — H... C..., II-pare, 34 ans. Bien réglée. Rhumatisme articulaire à 7 ans et hémiplegie à 23 ans. Première gestation normale.

Gestation actuelle normale. Durée travail 4 heures.

Accouchement normal. Garçon, 4.300 gr. Placenta 600 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° IV. — J... S..., IV-pare, 38 ans. Bien réglée. Typhoïde à 20 ans.

Ant. obsté. : 1° acc. forceps, 4.000 gr.; 2° acc. normal 2.230 gr. 3° acc. hydramnios, albuminurie, procidence, forceps, enfant vivant 3.850 gr.; 4° gestation actuelle : albuminurie.

Présentation de l'épaule à dilatation complète.

Version par manœuvres internes, difficile. Enfant 4.620 gr., mort. Délivrance artificielle pour hémorragie. A. F. 880 gr. Durée travail, 3 h. 15.

Suites de couches : néphrite hypertensive.

OBS. N° V. — A... S..., II-pare, 30 ans. Bien réglée. Pleurite. Premier accouchement normal, 3.770 gr. Hémorragie de la délivrance.

Gestation actuelle : hémorragie au deuxième mois arrêtée spontanément. Durée travail 16 h. 50. Accouchement normal. Enfant 4.120 gr. vivant. Délivrance naturelle, 700 gr. Hémorragie après délivrance avec utérus mou, 1.500 gr. Révision utérine.

Suites de couches subfébriles.

OBS. N° VI. — N... B..., I-pare, 25 ans. Bien réglée. Obésité depuis la puberté.

Gestation bien supportée. Durée travail 13 h. 45. Application de forceps pour souffrance fœtale : intervention difficile, plusieurs dérapages. Extraction

enfant mort-né pesant 3.850 gr. Délivrance artificielle pour hémorragie. A. F. 450 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° VII. — S... C..., I-pare, 38 ans. Bien réglée. Pleurésie. Hémoptysie. Néphrite depuis l'âge de 30 ans. Albuminurie de la gestation. T. A. 16-9. Durée travail, 74 h. 10. Procidence cordon. Version par manœuvres internes. Extraction enfant mort-né pesant 4.800 gr. Périné complet. Délivrance artificielle pour hémorragie. A. F. 1.000 gr.

Suites de couches subfébriles.

OBS. N° VIII. — G... D..., I-pare, 28 ans. Règles douloureuses. Rien dans les antécédents. Albuminurie de la gestation. Rupture de la poche des eaux trois jours avant le début des contractions utérines. Durée travail 32 heures. Mort de l'enfant à dilatation 5 frs. Apparition d'œdème du col. Intervention : basiotripsie après incision du col. Dystocie aux épaules : clédotomie. Enfant 3.850 gr. Délivrance naturelle 570 gr. Pas d'hémorragie.

Suites de couches subfébriles.

OBS. N° IX. — A... P..., I-pare, 23 ans, 90 kgr. Bien réglée. Rien dans les antécédents. Gestation bien supportée. Durée travail 18 heures. Bonnes contractions utérines. Application de forceps à dilatation complète pour souffrance fœtale. Trois circulaires serrés. Enfant, 2.950 gr. ranimé. Délivrance naturelle, 450 gr. Pas d'hémorragie.

Suites de couches normales.

OBS. N° X. — L... M..., II-pare, 35 ans. Règles peu abondantes, douloureuses.

Première gestation : avortement 6 semaines. Albuminurie de la gestation actuelle. T. A. 19-11 avec quelques symptômes prééclamptiques. Saignée de 700 gr. Durée travail 30 heures. Forceps à dilatation complète pour souffrance fœtale. Enfant vivant 3.420 gr. Délivrance naturelle 550 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XI. — J... B..., I-pare, 33 ans. Régulée tard et mal.

Rien dans ses antécédents. Gestation bien supportée. Durée travail 68 heures. Mauvaises contractions utérines. Forceps à dilatation complète pour lenteur de la période d'expulsion. Enfant 3.470 gr. Délivrance naturelle 740 gr. Hémorragie de 400 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XII. — F... G..., II-pare, 22 ans, 105 kgr. Bien réglée. Rien dans ces antécédents. Premier acc. normal, enfant 4.000 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 26 heures. Accouchement normal, enfant vivant 4.300 gr. Délivrance naturelle 700 gr. Pas d'hémorragie.

Suites de couches normales.

OBS. N° XIII. — L... M..., I-pare, 36 ans. Bien réglée. Rien dans ses antécédents. Gestation bien supportée. A l'arrivée à la clinique, temp. 38°, palpation difficile, pas de contractions utérines, physométrie. A l'intervention on constate l'existence d'un gros fibrome du segment inférieur. Après hystérectomie qui mon-

tre l'existence d'un enfant macéré, hystérectomie avec drainage à la Mickuliez. Mort le surlendemain. Subictère, température élevée, pouls à 140.

OBS. N° XIV. — M... M..., III-paré, 28 ans. Bien réglée. Rien dans les antécédents. Deux gestations antérieures; présentations du siège, accouchements normaux, enfants vivants de 3.000 et 3.550 gr. Gestation actuelle bien supportée. Présentation du siège. Utérus mal formé. Durée travail 8 heures. A dilatation complète, le siège ne s'engage pas. En raison de signes de souffrance fœtale et fièvre maternelle on fait une grande extraction. Dystocie aux épaules. Enfant, 3.350 gr. vivant. Délivrance artificielle pour hémorragie importante. A. F. 550 gr.

Suites de couches : périphlébite.

OBS. N° XV. — L... L..., I-pare, 27 ans. Bien réglée. Fièvre typhoïde.

Gestation bien supportée. Durée travail ? Application de forceps à dilatation complète pour souffrance fœtale. Enfant 3.800 gr. vivant. Délivrance naturelle 700 gr. Pas d'hémorragie.

Suites de couches normales.

OBS. N° XVI. — R... G..., XII-pare, 36 ans. Bien réglée. Fièvre typhoïde : troubles mentaux au cours de sa huitième gestation. Antécédents obstétricaux. Six accouchements normaux, enfants vivants pesant autour de 3.750 gr. Cinq avortements au terme de trois mois.

Gestation actuelle : pyélonéphrite, nuage d'albu-

mine. T. A. 18-8. Durée travail 14 heures. Accouchement normal, enfant vivant pesant 4.080 gr. Léger excès de liquide. Délivrance naturelle 580 gr. Pas d'hémorragie.

Suites de couches normales.

OBS. N° XVII. — B... G..., V-pare, 24 ans. Bien réglée. Rien de particulier dans les antécédents pathologiques. Antécédents obstétricaux. Deux avortements au cours du troisième mois. Deux accouchements normaux d'enfants à terme. Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 3 heures. Accouchement normal, enfant vivant pesant 4.010 gr. Délivrance naturelle 760 gr. Pas d'hémorragie.

Suites de couches normales.

OBS. N° XVIII. — M... D..., III-pare, 31 ans. Règles douloureuses. Fièvre thyphoïde. Antécédents obstétricaux : un accouchement à terme, 3.770 gr. Un avortement au terme de 2 mois ; curetage.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 26 heures. Accouchement normal, enfant vivant 3.740 gr. Délivrance naturelle 510 gr. Pas d'hémorragie.

Suites de couches normales.

OBS. N° XIX. — B... M..., I-pare, 28 ans. On n'a aucun renseignement (ne parle pas le français) B. d. c. non perçus. Durée travail 23 heures. Application de forceps pour longueur de la période d'expulsion. Enfant macéré pesant 4.800 gr. Délivrance naturelle 770 gr. Pas d'hémorragie.

Suites de couches normales.

OBS. N° XX. — G... H..., VII-pare, 34 ans. Bien réglée. Rien dans les antécédents. Cinq accouchements normaux, un accouchement gemellaire. Gestation actuelle bien supportée. Accouchement normal, enfant vivant pesant 2.700 gr. Délivrance naturelle 450 gr. Suites normales.

OBS. N° XXI. — G... E..., VI-pare, 38 ans, 138 kgr. Bien réglée. Rien dans les antécédents pathologiques. Quatre accouchements absolument normaux, enfants vivants pesant entre 3.500 et 4.000 gr. Une gestation ectopique opérée à 3 mois. Gestation actuelle bien supportée. Elle est amenée à la clinique après tentative infructueuse de manœuvres internes pour procidence membre et du cordon. L'enfant étant mort et la température élevée on décide d'essayer une basiotripsie après réduction de la procidence, échec. L'intervention par voie haute est décidée. Laparatomie, hystérectomie avec drainage.

Poids de l'enfant 4.750 gr. Mère décédée le troisième jour.

OBS. N° XXII. — L... M..., IV-pare, 41 ans, 105 kgr. Bien réglée. Trois collatéraux obèses. Obésité depuis sa deuxième gestation. Scarlatine dans l'enfance. A eu deux accouchements par le siège, enfants morts (la première fois il s'agissait d'un macéré à la suite de grosse albuminurie). Troisième accouchement par le sommet, application de forceps. Gestation actuelle bien supportée. T. A. 11-5. A l'entrée à la clinique, présentation transversale, membranes rompues de-

puis quelques heures. Césarienne corporéale. Enfant vivant 4.600 gr. Fermeture sans drainage.

Suites de couches normales.

OBS. N° XXIII. — D... M..., XIX-pare, 44 ans. Bien réglée.

Rien de particulier dans ses antécédents pathologiques. Seize accouchements normaux par le sommet, un siège et une embryotomie pour présentation de l'épaule.

Gestation actuelle. Albuminurie. T. A. 16-12. Durée travail, 4 h. 30. Accouchement normal. Enfant vivant pesant 4.600 gr. Délivrance naturelle 630 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XXIV. — R... A..., VII-pare, 42 ans. Bien réglée.

Rien dans ses antécédents pathologiques. Six accouchements normaux.

Gestation actuelle bien supportée. On amène la femme à la clinique, après trois tentatives infructueuses d'application de forceps. Mauvais état général, pouls à 130, plus de contractions utérines. Malgré l'obésité on sent très bien le fœtus par le palper. Le diagnostic de rupture utérine est fait, et il est confirmé à l'intervention pratiquée immédiatement. Laparatomie. Fœtus mort dans l'abdomen, 3.960 gr. Hystérectomie. Drainage à la Mickulicz.

Femme morte le lendemain.

OBS. XXV. — G... L..., VI-pare, 31 ans. Bien réglée. Rien

dans ses antécédents pathologiques. Cinq accouchements normaux. Enfants pesant entre 4.500 et 5.000 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 35 heures. Accouchement normal, enfant vivant 4.850 grammes. Délivrance naturelle 1.000 grammes. B. W. négatif.

Suites normales.

OBS. N° XXVI. — V... G..., II-pare, 25 ans, 127 kgr. Bien réglée jusqu'à sa première gestation, mal depuis. Au point de vue pathologique a été considéré comme présentant un syndrome adiposo-génital ; traitement radiothérapique de la selle turcique et opothérapique. Mais son obésité date surtout depuis sa première gestation, son poids ayant passé de 68 kgr. à 95 kgr. Son premier accouchement a été normal, enfant pesant 3.250 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 9 heures. Accouchement normal. Enfant vivant pesant 5.050 gr. Délivrance artificielle pour hémorragie importante, 1.500 gr. A. F. 680 gr. B. W. négatif.

Suites de couches normales.

OBS. N° XXVII. — L... R..., VI-pare, 38 ans. Bien réglée. Cinq accouchements normaux.

Gestation actuelle, albuminurie, œdèmes et hypertension au neuvième mois. Durée travail 5 heures. Accouchement normal. Enfant vivant 3.980 gr. Délivrance artificielle pour hémorragie, 690 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XXVIII. — D... J..., III-pare, 27 ans, 112 kgr. Mère obèse. Bien réglée. Un premier accouchement

normal. Au second, dystocie des épaules pour un enfant de 5.000 gr.

Gestation actuelle normale. Durée de travail 4 heures. Début de l'accouchement fait en ville ; mais après la sortie de la tête, grosse dystocie des épaules, on amène à ce moment la femme à la clinique. Abaissement successif des deux bras. Enfant mort et macéré pesant 5.200 gr. Délivrance naturelle pesant 950 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XXIX. — M... S..., I-pare, 26 ans, 92 kilos. Bien réglée. Obésité depuis l'enfance.

Gestation bien supportée. Présentation du siège, tentative infructueuse de version. Durée travail 19 heures. Accouchement normal, enfant vivant pesant 3.550 gr. Délivrance normale pesant 640 gr.

Suites normales.

OBS. N° XXX. — R... L..., II-pare, 29 ans. Bien réglée. Premier accouchement normal, enfant 4.500 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée du travail 17 h. 30. Application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion. Enfant vivant 3.760 gr. Délivrance normale.

Suites normales.

OBS. N° XXXI. — F... M..., V-pare, 30 ans. Bien réglée. Quatre accouchements normaux.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 17 heures. Accouchement normal. Enfant vivant

4.900 gr., ayant les pieds bots. Délivrance normale
530 gr.

Suites normales.

OBS. N° XXXII. — B... A..., II-pare, 38 ans. Mal réglée.
Premier accouchement normal, par le siège.

Gestation actuelle bien supportée. A l'arrivée à la clinique l'enfant était mort. Durée du travail 19 heures. Accouchement d'un enfant macéré pesant 4.450 gr. ayant donné une grosse dystocie au passage des épaules. Délivrance normale 640 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XXXIII. — S... B..., IV-pare, 38 ans, 110 kgr. Bien réglée.

1^{er} accouchement : forceps et délivrance artificielle. Enfant mort 3.750 gr.

2^e accouchement : excès de liquide. B.-W. ++. Traitée par Novar. Césarienne haute pour menace de rupture du segment inférieur qui paraît scléreux. Enfant vivant 4.180 gr.

3^e accouchement : avortement au terme de six mois. Suites de couches fébriles. Un an après elle est opérée pour éventration étranglée.

4^e Gestation actuelle : douleurs fréquentes dans le bas-ventre. La cicatrice de l'éventration suppure légèrement. Sous l'ombilic il y a une autre éventration contenant de l'intestin. Près du terme cette éventration présente des signes d'étranglement avec des symptômes de subocclusion. On intervient de suite : césarienne basse qui permet d'extraire un

enfant vivant pesant 4.700 gr. Hémorragie importante.

La femme meurt une heure après avec des phénomènes de shock.

OBS N° XXXIV. — M... M..., I-pare, 26 ans, 95 kgr. Bien réglée. Pas d'antécédents pathologiques.

Gestation bien supportée. Durée travail 19 heures. Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour lenteur de la période d'expulsion. Enfant vivant pesant 4.200 gr. Délivrance normale 800 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XXXV. — N... L..., I-pare, 24 ans. Bien réglée. Néphrite aiguë dans ses antécédents. Albuminurie de la gestation, régime. Durée du travail 20 heures. Application de forceps pour souffrance fœtale. Prise difficile. Dystocie aux épaules. Enfant vivant pesant 4.640 gr. Bisacromial 14 cm. Délivrance naturelle 780 gr.

Suites normales.

OBS. N° XXXVI. — L... H..., I-pare, 36 ans, 100 kgr. Bien réglées. Rien dans ses antécédents pathologiques.

Gestation bien supportée. Présentation du siège avec membranes rompues. Au bout de quelques heures la température commence à monter. Malgré les bonnes contractions le siège reste très haut. L'intervention est décidée : on pratique sous anesthésie générale une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (op. de Portes). Extraction d'un

enfant vivant de 3.230 gr. Réintégration de l'utérus un mois après.

Suites normales.

OBS N° XXXVII. — A... F..., II-pare, 26 ans, 110 kgr.
Bien réglée. Fièvre typhoïde à 20 ans. Premier accouchement normal.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 3 heures. Accouchement normal enfant vivant de 3.030 gr. Délivrance naturelle 600 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XXXVIII. — G... M..., VI-pare, 31 ans, 97 kgr.
Bien réglée. Cinq accouchements normaux, enfants vivants entre 3.000 et 4.750 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 12 heures. Application de forceps pour souffrance fœtale et longueur de la période d'expulsion. Contractions utérines rares. Enfant vivant 4.390 gr. Délivrance naturelle 1.190 gr.

Suites normales.

OBS. N° XXXIX. — A... E..., III-pare, 30 ans, 109 kgr.
Règles douloureuses. Pas d'antécédents pathologiques. Hecht négatif. A eu deux avortements au terme de trois mois environ.

Gestation actuelle bien supportée jusqu'au terme de cinq mois environ. A ce moment, expulsion spontanée d'un fœtus pesant 500 gr. ayant fait quelques inspirations. Délivrance normale 320 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XL. — M... M..., VIII-pare, 33 ans, 102 kgr.

Mal réglée. Obèse depuis son premier accouchement. A eu une phlébite après son sixième accouchement. Mari bacillaire. Six accouchements normaux. Enfants pesant 4.500 gr. dont deux morts de méningite et un avortement au terme de deux mois et demi.

Gestation actuelle bien supportée. Durée du travail 12 heures. Accouchement normal, enfant vivant 4.790 gr. Délivrance naturelle 900 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XLI. — L... H..., I-pare, 26 ans, 89 kgr. Bien réglée. Pas d'antécédents pathologiques.

Gestation actuelle bien supportée. Durée du travail 13 heures. Application de forceps pour lenteur de la durée d'expulsion. Enfant vivant pesant 3.450 gr. Délivrance naturelle 600 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XLII. — B... H..., II-pare, 36 ans, 107 kgr.

Règles irrégulières. Traitée pour métrite et salpingite. A eu un accouchement prématuré au terme de six mois et demi.

Ictère pendant la gestation actuelle ayant duré huit jours. Durée du travail 56 heures. Contractions utérines rares. Infection amniotique, souffrance fœtale. On fait une application de forceps après incision du col. Enfant né étonné pesant 3.850 gr. ramené. Délivrance naturelle 645 gr.

Suites de couches subfébriles.

OBS. N° XLIII. — D... J..., I-pare, 27 ans. Bien réglée.
Pas d'antécédents pathologiques importants.

Gestation bien supportée. Bassin légèrement rétréci. P. S. P. 10 cm. 5, bas situé. Rupture prématurée des membranes. Présentation de la face. Contractions utérines de mauvaise qualité. Césarienne basse, classique, qui permet d'extraire un enfant vivant de 3.270 gr. Femme morte le quatrième jour, avec fièvre, tachycardie.

OBS. N° XLIV. — T..., M..., II-pare, 27 ans. Bien réglée.
Application de forceps à un premier accouchement; enfant mort.

Gestation actuelle bien supportée. Présentation du siège. Durée travail 6 heures. Légère dystocie aux épaules. Enfant né étonné, pesant 3.570 gr., ranimé. Délivrance normale 730 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° XLV. — G... A..., I-pare, 34 ans, 105 kgr. Obèse depuis mariage. Mal réglée depuis. Typhoïde, paludisme, coliques hépatiques.

Gestation bien supportée. Durée travail 30 heures. Application de forceps pour souffrance fœtale. Enfant vivant pesant 3.300 gr. Délivrance naturelle 750 gr.

Suites de couches; accès de paludisme.

OBS. N° XLVI. — D... G..., IV-pare, 34 ans, 114 kgr.
Règles peu abondantes. Obèse depuis son premier accouchement. A eu trois enfants de 3.500 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail

8 heures. Accouchement normal, enfant vivant pesant 4.120 gr. Délivrance naturelle 600 gr.

Suites de couches normales.

OBS. XLVII. — A... L..., II-pare, 25 ans. Mal réglée. Scarlatine, coliques hépatiques. Première gestation: basiotripsie, pour infection ovulaire et procidence du cordon.

Gestation actuelle bien supportée. Bassin légèrement touché. P. S. P. 10 cm. 5. Césarienne basse classique. Enfant vivant 3.860 gr. Délivrance 670 gr. Durée du travail 40 heures.

Suites de couches normales.

OBS. XLVIII. — T... L..., V-pare, 37 ans. Aucun renseignements sur ses antécédents. La femme est amenée à la clinique après avoir subi quatre tentatives infructueuses d'application de forceps. Durée du travail 15 heures. A l'examen, tête mobile, enfant mort. On décide de pratiquer une basiotripsie. Extraction relativement facile de la tête. Enorme dystocie aux épaules qu'on réduit après des tractions très fortes. Enfant pesant 4.250 gr. Phénomènes de shock intenses. On fait une délivrance artificielle qui montre l'existence d'une rupture utérine. La femme meurt quelques instants après.

OBS. N° XLIX. — G... M..., III-pare, 38 ans, 117 kgr. Bien réglée. Obèse depuis sa première gestation. 1^{er} accouchement normal. 2^e accouchement gemellaire. Gestation bien supportée. Bonnes contractions utérines. La tête est fixée au détroit supérieur après 24 heures

de travail : dilatation stationnaire. Présentation qui ne descend pas, infection ovulaire. Signes de fatigue générale. On décide une intervention abdominale. Hystérotomie. Extraction de deux enfants pesant 3.100 gr. chacun; le premier mort tout de suite, le second le 14^e jour. Hystérectomie. A ce moment cyanose et arrêt de la respiration. Anesthésie au chloroforme. Décès.

OBS. N° L. — M... G..., III-pare, 28 ans, 90 kgr. Mal réglée. Pas d'antécédents pathologiques. Deux accouchements normaux. Enfants vivants pesant 4.000 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée du travail 14 heures. Accouchement normal. Enfant vivant pesant 4.250 gr. Délivrance normale 700 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° LI. — D... L..., II-pare, 35 ans. Bien réglée. Obèse depuis l'enfance. 1^{er} accouchement : forceps, enfant de 5.800 gr. mort-né.

Gestation actuelle bien supportée. Mauvaises contractions utérines. Présentation du siège. Durée travail 37 h. 15. Extraction du siège après rachianesthésie. Opération très difficile surtout au passage des épaules; enfant mort-né pesant 4.890 gr. Délivrance naturelle 720 gr. Pas d'hémorragie.

Suites de couches normales.

OBS. N° LII. — L... D..., I-pare, 31 ans. Règles peu abondantes. Pas d'antécédents pathologiques.

Gestation bien supportée. Durée du travail

33 h. 15. Accouchement normal, enfant vivant pesant 2.500 gr. Délivrance normale 610 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° LIII. — A... M..., I-pare, 32 ans, 100 kgr. Règles douloureuses.

Gestation bien supportée. Bassin légèrement touché. P. S. P. 10 cm. 8. Parties molles peu souples. Durée travail 48 heures. Application de forceps pour longueur de la période d'expulsion. Extraction difficile, enfant de 3.000 gr., ranimé. Hémorragie 10 minutes après, nécessitant une délivrance artificielle.

Suites de couches normales.

OBS. N° LIV. — L... L..., II-pare, 23 ans, 100 kgr. Bien réglée. Pas d'antécédents pathologiques. 1^{er} accouchement normal, enfant vivant.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 3 h. 50. Accouchement normal, enfant vivant de 3.930 gr. Délivrance naturelle 660 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° LV. — I... V..., I-pare, 26 ans, 95 kgr. Règles douloureuses. Obèse depuis l'enfance.

Gestation bien supportée. Albuminurie de la gestation. T. A. 17 1/2-11 1/2. Urée 0,30. Durée du travail 36 h. 15. Présentation du siège, rupture prématurée des membranes, bonnes contractions utérines. Accouchement normal, enfant pesant 3.600 gr. n'ayant pu être ranimé. Délivrance artificielle pour hémorragie 950 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° LVI. — R... S..., II-pare, 29 ans, 102 kgr. Bien réglée. Obèse depuis l'âge de 12 ans. 1^{re} gestation : avortement au terme de deux mois.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 51 heures. Présentation du siège. Extraction du siège. Dystocie aux épaules. Enfant de 3.770 gr. ramené une heure après. Délivrance naturelle 800 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° LVII. — S... T..., I-pare, 25 ans, 95 kgr. Bien réglée. Obèse depuis l'enfance.

Gestation bien supportée. Durée travail 14 heures. Application de forceps à dilatation complète pour souffrance foetale. Extraction facile de la tête. Enorme dystocie aux épaules. Toutes les tentatives de réductions échouent. Décollation de la tête qui permet d'extraire l'enfant qui pesait 4.450 gr. Bisacromial 16 cm. Délivrance naturelle 890 gr.

Suites de couches fébriles.

OBS. N° LVIII. — B... R..., XVI-pare, 44 ans, 108 kgr. Bien réglée. Obèse depuis sa dixième gestation. A eu onze accouchements normaux. Trois enfants pesant de 3.000 à 6.000 gr. Trois avortements et un accouchement prématuré.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 16 h. 30. Accouchement normal, enfant vivant pesant 4.280 gr. Délivrance naturelle 700 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° LIX. — I... S..., III-pare, 24 ans, 102 kgr. Mal réglée. Père obèse. Syphilis traitée. 1^{er} accouche-

ment : forceps, enfant mort pesant 4.000 gr. 2° accouchement : normal, enfant vivant de 3.250 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée du travail 7 h. 20. Accouchement normal, enfant vivant pesant 3.900 gr. Délivrance naturelle 700 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° LX. — F... D..., IV-pare, 34 ans, 82 kgr. Bien réglée. Quelques antécédents pulmonaires. Trois accouchements normaux, enfants pesant de 3.700 à 4.300 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée du travail 11 h. 55. Accouchement normal, enfant vivant. Délivrance artificielle pour hémorragie, 800 gr.

Suites de couches normales.

OBS. N° LXI. — V... J..., IV-pare, 27 ans, 110 kgr. Bien réglée. Pas d'antécédents pathologiques. Deux accouchements normaux, enfants de 4.000 et 5.500 gr. Un avortement au terme de quatre mois environ.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 65 heures. Application de forceps pour inertie utérine. Infection amniotique. Dystocie légère aux épaules. Bisacromial 15 cm. Enfant vivant pesant 4.300 gr. Délivrance naturelle 820 gr. Hémorragie 500 gr. une heure après. Ergotine.

Suites de couches normales.

OBS. N° LXII. — M... D..., V-pare, 28 ans, 110 kgr. Mal réglée. Pas d'antécédents pathologiques. Antécédents obstétricaux. 1^{er} accouchement au terme de

7 mois, enfant vivant pesant 2.620 gr. Trois accouchements normaux, enfants pesant autour de 3.500 gr.

Gestation actuelle bien supportée. Durée travail 6 h. 20. Accouchement normal, enfant vivant pesant 4.330 gr. Délivrance naturelle 670 gr.

Suites de couches normales.

Conclusions

1. L'association de l'obésité et de la gestation, sans être très fréquente, n'est pourtant pas exceptionnelle.

2. Parmi les obèses, assez souvent peu facilement fécondables, ce sont celles qui sont bien réglées qui sont le plus souvent fécondées.

3. Leur gestation est caractérisée, à part une augmentation de poids, par une assez grande fréquence des troubles rénaux, habituellement peu graves d'ailleurs.

4. Le diagnostic obstétrical est habituellement difficile en raison de l'épaisseur de la paroi abdominale.

5. L'accouchement proprement dit est en général long, et toutes choses égales, d'ailleurs, plus souvent dystocique que chez les femmes non obèses.

6. Cette dystocie peut survenir au moment de l'engagement du pôle fœtal, pendant la descente, et très fréquemment on se heurte au dégagement à une dystocie des épaules.

7. La délivrance ne se fait pas toujours naturelle-

ment, des hémorragies importantes apparaissent, souvent après l'accouchement, nécessitant une délivrance artificielle.

8. Les interventions qui ont été pratiquées au cours de l'accouchement ont été très variables, à cause de la multiplicité des formes cliniques de dystocie.

En tout cas, elles sont toujours laborieuses.

Il en résulte une assez forte mortalité maternelle dans les jours qui suivent immédiatement l'accouchement.

9. Les enfants sont toujours d'un poids supérieur au poids normal. Ils ont un grand diamètre bis-acromial.

10. Les causes de dystocie sont multiples :

- Mauvaise qualité de la paroi abdominale musculaire;
- Défaut d'engagement de la tête;
- Existence de masses graisseuses dans les tissus du petit bassin, diminuant les diamètres toujours normaux du bassin osseux;
- Mauvaises contractions*utérines;
- Excès de volume de l'enfant;
- Enfin, association fréquente de plusieurs éléments de dystocie.

11. Le pronostic, souvent sombre, imprévisible, n'empêche heureusement pas que de nombreuses femmes obèses ont un accouchement et une délivrance tout à fait normaux.

12. Il est prudent, en principe, de recommander pour ces femmes l'accouchement dans une maternité.

13. Si une indication d'intervention se présente, choisir la technique la plus rapide, et donner la préférence à l'anesthésie par voie rachidienne.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Benda.* — Zentralblatt. für Gynäk., 1921.
- Bonneau.* — Bull. médical, Paris, 1920.
- Cotte.* — Troubles fonctionnels de l'appareil génital.
- Dancel.* — Traité de l'obésité.
- Delafontaine.* — Médecine (la), 1931.
- Devraigne.* — Monde Médical, 1924.
- Dalché et Robin.* — Traitement médical des maladies des femmes.
- Fruhinsholz.* — Bull. Soc. Obst. et Gynéc., 1925.
- Glais.* — Grossesses adipeuses. Thèse Paris.
- Grenet.* — Gaz. des Hôpitaux, 1926.
- Herring.* — British. med. Journal, 1920.
- Hill et Smith.* — J. Experimental Pathology, 1927.
- Jubas.* — Zentralbl. für Gynäk., 1929.
- Keimper.* — Ann. f. Gynäk., Berlin, 1924.
- Kulka.* — Arch. f. Gynäk., 1931.
- Kützler.* — Zentralblatt. f. Gynäk., 1924.
- Labbé.* — J. de Médecine de Paris, 1923.
- Letourneur.* — Thèse Paris, 1907.
- Maranon.* — Revue Neurologique, Paris, 1920.
- Munro.* — Tr. Edinb. Obst., 1924.
- Péry.* — Bull. Soc. Obst. et Gynéc., 1924.
- Randal.* — American J. of Obst. and Gynec., 1925.

Ruppund. — Zeitschrift für Gebvertol. und Gynäk., 1930.

Bickenbach. — *Idem.*

Lacomme et Lepage. — Pratique Médical Française,
1932.

Sachs. — Zentralbl. für Gynäk., 1928.

Svequireff. — Hémorragies^autérines.

Spranger. — Biochemisches Zeitschrift, 1922.

Tassowatz. — Bull. Soc. Obst. et Gynécologie, 1931.

Tourbs. — American J. of Obst. and Gynec., 1931.

Trillat. — Progrès médical, 1928.

Tuszkay. — Zentralbl. für Gynäk., 1926.

Sellheim. — Zentralbl. für Geburtsh. and Gynäk., 1929.

Vignes. — Physiologie obstétricale.

— Bull. médical, 1927.

— Progrès médical, 1922.

Wintz. — Zentralblatt. für Gynäk., 1923.

